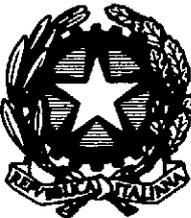
Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 171 del 23 luglio 1994 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale (50%) - Roma

PARTE PRIMA — Roma - Sabato, 23 luglio 1994 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 107

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 1° marzo 1994.

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996.

SOMMARIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 1° marzo 1994. — *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996.* .... Pag. 3

1. La programmazione sanitaria » 7

2. Il modello di civiltà sanitaria a cui si ispira il Piano sanitario nazionale 1994-1996 » 11
   - 2.A. Obiettivi » 12
   - 2.B. Individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie » 17
   - 2.C. Impiego razionale delle risorse » 20

3. I livelli uniformi di assistenza sanitaria .... » 22
   - 3.A. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro » 23
   - 3.B. Assistenza sanitaria di base .... » 25
   - 3.C. Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale » 26
   - 3.D. Assistenza ospedaliera » 27
   - 3.E. Assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati » 28
   - 3.F. Attività di supporto all'organizzazione assistenziale .... » 29

4. Le priorità di intervento » 30
   - 4.A. Distretto sanitario di base » 31
   - 4.B. Strutture e attività di emergenza » 34
   - 4.C. Attività di riabilitazione » 36
   - 4.D. Sperimentazioni gestionali » 39
   - 4.E. Sistemi di valutazione e controllo delle attività sanitarie » 41

5. I progretti-obiettivo e le azioni programmate » 43
   - 5.A. La tutela materno-infantile .... » 46
   - 5.B. La tutela della salute degli anziani » 49
   - 5.C. Azioni programmate in materia di trattamento di alcune patologie emergenti:
     - 5.C.1. Prevenzione e cura delle malattie oncologiche .... » 52
     - 5.C.2. I trapianti d'organo e di tessuto .... » 55
     - 5.C.3. Assistenza ai pazienti nefropatici cronici » 58

6. Le esigenze prioritarie per la ricerca sanitaria » 61

7. Gli indirizzi relativi alla formazione del personale » 64

8. I criteri di finanziamento e di accreditamento delle istituzioni sanitarie » 67

9. Finanziamento livelli di assistenza » 69

LEGGI, DECRETI E ORDINANZE PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 1° marzo 1994.

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, che demanda al Governo la predisposizione e l'adozione del Piano sanitario nazionale, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti per materia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Vista la preliminare deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella riunione del 29 luglio 1993;

Tenuti presenti i pareri delle commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica anche per la parte riguardante il finanziamento dei livelli uniformi di assistenza;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 25 novembre 1993;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'11 febbraio 1994;

Sulla proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri per la funzione pubblica, del tesoro e del bilancio e della programmazione economica;

EMANA

il seguente decreto:

Art. 1.

È approvato il Piano sanitario nazionale 1994-1996 nel testo risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza permanente, di cui all'allegato.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 1° marzo 1994

SCÀLFARO

CIAMPI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*

GARAVAGLIA, *Ministro della sanità*

CASSESE, *Ministro per la funzione pubblica*

BARUCCI, *Ministro del tesoro*

SPAVENTA, *Ministro del bilancio e della programmazione economica*

Registrato alla Corte dei conti il 1° giugno 1994
Registro n. 1 Sanità, foglio n. 165

MINISTERO DELLA SANITA'

SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

PIANO SANITARIO NAZIONALE

1994 - 1996

1. - LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Le prime disposizioni in ordine alla adozione del Piano sanitario nazionale sono state dettate ormai 15 anni fa dalla legge 833/78; ciò nonostante, da allora nessun documento di piano ha superato il complesso iter previsto per la sua approvazione. Le cause possono essere individuate in una pluralità di fattori, riferibili sia alla complessità intrinseca della materia (con la aggravante che ogni intervento in materia sanitaria tocca una delle sfere di maggiore sensibilità personale e sociale), sia all'ingombro rappresentato dalla scarsità di risorse economiche a fronte di una domanda di prestazioni in continua espansione (con le inevitabili conflittualità tra i diversi soggetti istituzionali deputati al governo del sistema sanitario). Con ripetute disposizioni emanate nel corso degli anni, il legislatore ha riproposto linee guida per la stesura di norme di pianificazione sanitaria; ogni volta, però, i documenti prodotti non hanno superato le prime fasi del procedimento.

Le uniche norme di pianificazione sanitaria sin qui emanate, contenute nella legge 595/85 e nella più recente legge 412/91, riguardano solo l'organizzazione della rete ospedaliera: previsioni ancora oggi attuali, ma non del tutto attuate, in particolare per quanto riguarda la parte di carattere precettivo relativa alla riconversione delle strutture per acuti sottodimensionate o sottoutilizzate, da adibire a funzioni riabilitative o di lungodegenza.

Le disposizioni emanate con la legge 421/92 ed i provvedimenti delegati, nel dettare una nuova normativa sui contenuti del Piano sanitario nazionale, hanno modificato anche il rapporto tra le diverse componenti istituzionali, in particolare tra lo Stato e le Regioni, favorendo il superamento di molte delle passate difficoltà.

Il Piano sanitario nazionale 1994-96 è caratterizzato, quindi, da una logica di trasformazione, sia in generale, per le modificazioni epocali che stanno vivendo i sistemi sanitari in tutto il mondo, sia, in particolare, per la trasformazione legislativa ed organizzativa in corso di attuazione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale italiano. Il governo della transizione richiede flessibilità, accompagnata da una ricerca continua degli obiettivi che si collocano nel tempo e che devono essere raggiunti attraverso le alleanze sociali piu ampie possibile. Un sistema sanitario davvero pluralistico, che veda coinvolti soggetti diversi al fine di costruire una rete di supporto ai più deboli, deve essere in continua evoluzione, in una dinamica di sperimentazioni e di verifica dei risultati, di coinvolgimenti di soggetti sociali, di risposte sempre più adeguate ai bisogni di chi soffre.

Il piano sanitario nazionale 1994-96 deve quindi essere letto nella prospettiva di una civiltà della trasformazione, nella quale le certezze sono rappresentate solo dal metodo, che è soprattutto rispetto della persona e tensione verso il raggiungimento del massimo livello di compatibilità tra una domanda crescente -ma più

matura- ed un'offerta che diviene sempre più razionale. La struttura legislativa e regolamentare su cui poggia il sistema deve quindi essere collocata nella prospettiva di valorizzare al massimo l'autonomia di tutti i livelli decisionali, nel tentativo di creare la solidarietà che caratterizza i sistemi maturi, flessibili e mirati al raggiungimento di specifici obiettivi.

L'ambito normativo entro il quale si colloca il Piano sanitario nazionale è definito dal Decreto legislativo 502/92, il quale detta un modello organico di programmazione sanitaria caratterizzato dai seguenti elementi :

a. riferimento dell'attività programmatoria agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale,

b. esplicazione dei vincoli, costituiti dagli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e dalla entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale;

c. definizione precisa delle competenze centrali e regionali in materia di programmazione sanitaria, mediante l'attribuzione alla programmazione di livello centrale della specificazione degli obiettivi e dei livelli uniformi di assistenza e l'attribuzione alle Regioni di tutte le competenze in materia organizzatoria e gestionale.

Il nuovo modello richiede la rapida e non invadente definizione di un quadro programmatorio centrale entro il quale trovino collocazione non più formulazioni standard di dimensionamento della offerta sradicate dalle peculiarità e contingenze specifiche dei singoli ambiti regionali, ma l'indicazione di "obiettivi di civiltà" da perseguire in tutto il Paese, accompagnata dalla strumentazione necessaria per verificare il grado di avanzamento, misurato nel tempo, raggiungibile con l'impiego di determinati livelli di risorse.

Siffatta impostazione obbliga a guardare oltre il limite triennale di validità del Piano, per cogliere quale sarà da qui al 2000 l'evoluzione della società italiana, il suo trend demografico ed il livello di domanda prevedibile per il maggiore peso delle fasce di età più elevate. Questa appare qualitativamente diversa da quella espressa dalle fasce di popolazione giovanile e adulta (entrambe in forte diminuzione relativa rispetto agli anziani) e si esprime in necessità di trattamento di patologie acute perecentualmente minori, contro una espansione delle prestazioni socio-sanitarie collegate a patologie croniche.

Le competenze programmatorie attribuite allo Stato, che si estrinsecano nel Piano sanitario nazionale, sono orientate a definire :

- gli obiettivi strategici del Servizio sanitario nazionale, il cui perseguimento garantisce, da un lato, la coerenza tra le linee di indirizzo della programmazione sanitaria nazionale e gli orientamenti programmatori internazionali e, dall'altro, la capacità di rispondere alle modificazioni del quadro epidemiologico;

- i livelli uniformi di assistenza sanitaria, che rappresentano il contenuto ordinario delle attività esercitate dal Servizio sanitario nazionale, in quanto esplicitano l'insieme delle prestazioni alle quali il Servizio stesso garantisce uguali opportunità di accesso per i cittadini;

- un sistema di verifica del conseguimento degli obiettivi definiti e della congruità delle risorse consumate rispetto alle attività erogate. Ciò richiede la disponibilità di un sistema informativo sanitario, che renda possibile la comunicazione fra i diversi livelli di responsabilità del S.S.N.. In tale ambito, assume una specifica caratterizzazione l'Agenzia per i servizi sanitari regionali prevista dal provvedimento di riordinamento del Ministero della Sanità, quale strumento di supporto per l'attività delle Regioni, nonché di diffusione e, conseguentemente, di armonizzazione delle metodologie di verifica e di controllo delle attività svolte.

La ridefinizione del ruolo del livello centrale in termini di disegno complessivo del quadro programmatico e di individuazione degli strumenti per la verifica, comporta il riconoscimento del ruolo delle Regioni, titolari delle competenze relative alla organizzazione dei servizi sanitari, alla allocazione delle risorse ed alla attuazione dei controlli.

Le Regioni, conseguentemente, definiscono:

- i modelli organizzativi dei servizi sanitari, tenendo conto della specifica tipologia della domanda presente nel territorio e delle modalità per migliorare l'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini;

- i criteri per la distribuzione delle risorse tra le singole aziende, tenendo conto delle priorità definite in sede di programmazione sanitaria nazionale e regionale, delle necessità di riequilibrio territoriale, nonché della esigenza di tendere al miglioramento dei livelli di efficienza gestionale delle aziende stesse e del sistema nel suo complesso;

- le modalità per l'attuazione dei controlli sui livelli di efficacia e di efficienza conseguiti dalle singole aziende e dall'intero sistema regionale.

La chiara definizione delle competenze relative ai diversi livelli di governo del Servizio Sanitario Nazionale tiene anche conto dei nuovi scenari entro cui si realizza l'attività programmatoria.

Il progresso tecnologico e la mutevolezza dei costumi inducono, anche in periodi di tempo relativamente brevi, trasformazioni dei sistemi, e delle pratiche ad essi connessi, che devono essere tenuti in conto nell'ambito di qualsiasi programmazione. Il riconoscimento che un sistema sanitario vitale e' in continuo progresso costituisce anche la base politica sulla quale fondare i rapporti tra i diversi livelli istituzionali, le varie componenti

responsabili del servizio ed in particolare i rapporti tra gli utenti e gli operatori.

Il pluralismo deve costituire una delle strutture fondanti del sistema stesso, che vede la dinamica di ruoli diversi in un sistema dalle responsabilita' e dai compiti fortemente differenziati. Il pluralismo comporta un elevato grado di responsabilita'. Il riconoscere una responsabilita' diffusa di gestione del SSN risponde quindi non solo a criteri "umani", ma anche ad una logica di maggiore efficienza nel sistema stesso. In questa prospettiva si colloca anche il riconoscimento del ruolo della regione come momento fondante della programmazione dei servizi sanitari.

La valorizzazione dei poteri intermedi porta alla definizione dell'aziendalizzazione come strumento fondamentale per gestire le strutture sanitarie a livello territoriale.

La responsabilizzazione dei cittadini nei confronti dei benefici e dei costi che i sistemi sanitari comportano richiede che la diffusione delle conoscenze relative alla promozione di stili di vita sani, alla efficacia dei trattamenti sanitari ed al adeguato consumo delle risorse, sia realizzata attraverso un processo sistematico e permanente di educazione alla salute.

Il Piano sanitario nazionale si muove, quindi, in una logica che vede, da una parte, la formulazione di obiettivi generali e irrinunciabili di promozione della salute della popolazione, validi per tutto il territorio nazionale e, dall'altra, la adozione di metodologie di gestione finalizzate all'ottimizzazione del sistema, adattate alle specificità delle situazioni regionali.

Un piano triennale non puo' prevedere il raggiungimento di una situazione a regime: le trasformazioni socio-demografiche, da una parte, e quelle legislative, dall'altra, impongono una transizione cosi' accentuata che non puo' esaurirsi nello spazio di un triennio. Piu' in generale, e' necessario rendere permanente e sistematico il processo di riordinamento in atto, non nei fondamentali aspetti istituzionali, ma sotto l'aspetto della flessibilita' organizzativa ed operativa delle strutture sanitarie. Ciò, al fine di far fronte alla evoluzione dei quadri patologici, ai nuovi bisogni e alle diverse richieste di salute dei cittadini, mantenendo tuttavia costante, al variare dei tipi di intervento adottati, l'obiettivo irrinunciabile della qualita' della vita. La ricerca continua di nuovi obiettivi di salute da raggiungere deve rappresentare lo scopo perseguito ad ogni livello del SSN, cosi che, anche in una condizione generale di risorse limitate e di razionalizzazione della spesa, si possa ottenere una compatibilita' tra rispetto dei bisogni -in particolare di quelli piu' gravi- e rispetto della funzionalita' complessiva del sistema.

2. IL MODELLO DI CIVILTA' SANITARIA A CUI SI ISPIRA IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1994-1996

La strategia elaborata dall'Ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito del programma "salute per tutti" e ispirata da sei temi principali:

1) l'equità costituisce il presupposto della salute per tutti : il suo perseguimento implica uguali opportunità di accesso ai servizi sanitari;

2) la promozione della salute e la prevenzione delle malattie costituiscono gli obiettivi strategici della salute per tutti; la promozione di stili di vita positivi, la determinazione di condizioni ambientali favorevoli per la salute, la gestione dei servizi sanitari in modo da erogare un' assistenza di elevata qualità in modo efficiente ne costituiscono le modalità di realizzazione;

3) la partecipazione dei cittadini alla definizione delle priorità sanitarie rappresenta il presupposto necessario per il perseguimento della salute per tutti;

4) diversi settori della società devono collaborare al perseguimento della salute per tutti, poiché sui livelli di salute della popolazione influiscono fattori anche diversi da quelli propriamente sanitari;

5) un sistema sanitario armonico è fondato su un adeguato sviluppo della medicina di base, di facile accessibilità e di elevata qualità;

6) un crescente numero di problemi sanitari trascende i confini nazionali e richiede un elevato livello di cooperazione internazionale.

La possibilità per il nostro Paese di adeguarsi al contesto internazionale e di rispondere agli impegni assunti in tale sede dipende dalla capacità di destinare le risorse disponibili per il funzionamento del Servizio sanitario nazionale al perseguimento di obiettivi esplicitamente definiti e misurabili in termini di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

2.A. Obiettivi

I nuovi scenari sociali, in cui si collocano la difesa e la promozione della salute, obbligano a ripensare l'orientamento di fondo della politica sanitaria. La prima caratteristica di una prospettiva "contemporanea" è quella di presentarsi come un orizzonte di risorse limitate. Non esiste più il sogno utopistico di uno Stato che si proponga di rispondere a tutti i bisogni di salute dei cittadini; in sanità sarà sempre più pesante la divaricazione tra domanda e offerta, perchè la società invecchia ed è sempre più affetta da malattie degenerative. Questi cambiamenti di scenario impongono la dura necessità di fare delle scelte, sia a livello macro sia a livello microeconomico, al fine di riuscire a massimizzare i benefici ottenibili dalle risorse disponibili.

La necessità di ripensare a fondo il profilo stesso di un programma sanitario per il Paese si presenta come una straordinaria opportunità per ridefinire il progetto di civiltà, che è l'obiettivo di una politica della salute. Per anni si è pensato che la promozione della salute richiedesse solo nuovi investimenti in tecnologie, strutture e personale sanitario, nella fiducia di ottenere solo da tale impegno un migliore livello di salute. L'inversione di rotta cui il momento attuale costringe, punta a un miglioramento che si sviluppa sotto il segno della qualità, più che della quantità. La pressione della scarsità delle risorse orienta a immaginare un servizio alla salute che accetti in senso positivo la sfida dell'autolimitazione.

Per questo fine è necessario indicare delle priorità, senza irrigidimenti ideologici, alla ricerca di un consenso il più ampio possibile. La razionalizzazione da introdurre nella progettazione sanitaria può diventare una scuola di democrazia partecipativa.

Le esigenze di equità inducono maggiore attenzione per i soggetti che hanno bisogno di maggior tutela. Tra questi vanno considerate anche le generazioni future, che hanno il diritto a poter disporre delle stesse opportunità di salute e di assistenza senza dover essere onerate dai pesi economici accumulati dalle costose cure della salute che si sono concesse le generazioni precedenti e dall'inquinamento ambientale connesso con uno sviluppo non controllato.

In questa prospettiva si profila un nuovo senso di responsabilità verso la propria salute. Tale responsabilità include una educazione sanitaria in senso ampio, ché dovrebbe tradursi in stili di vita appropriati e far considerare gli effetti pedagogici che discendono dalla stessa.

L'esigenza di una vera educazione alla salute richiama nuove opportunità di scambio tra professonisti sanitari e cittadini, in una prospettiva di responsabilità condivise. La legittima preoccupazione di contenere i costi -che dovrà riguardare soprattutto gli sprechi e le irrazionalità, non potendo il sistema

sanitario beneficiare di significative riduzioni dei costi associate al progresso tecnologico, che notoriamente tende piuttosto a farli crescere- pur essendo un problema nuovo e potenzialmente capace di trasformare la pratica della medicina, non costituisce ancora il "cambiamento di paradigma" di cui i sistemi sanitari moderni hanno bisogno. La grande innovazione è data piuttosto dalla partecipazione del paziente al processo decisionale. Un filo diretto lega le strategie di riduzione del costo della salute e l'esigenza che tra operatori della salute e cittadini si instauri una vera comunicazione finalizzata a raggiungere una composizione soddisfacente di interessi divergenti; anche quando a dialogare siano una persona malata e coloro che si prendono cura della sua salute.

In questa prospettiva logica "il piu" -nel senso di interventismo terapeutico, di innovazione tecnologica e di investimento economico- non coincide sempre con "il meglio". Anzi, i problemi piu acuti dei nostri giorni sembrano provenire piu dall'eccesso che dalla carenza (si vedano le situazioni etichettate come "accanimento terapeutico" e le richieste di limiti all'interventismo medico, in nome della volontà soggettiva di conservare la dignità umana anche nella fase terminale della vita). Se "il più" non equivale al meglio, analogamente, "il meno" non corrisponde necessariamente al peggio: molti pazienti riceveranno benefici se la pressione esercitata dal contenimento dei costi limiterà gli interventi non necessari, ridurrà i danni iatrogeni e punterà più sulla qualità della cura, che equivale spesso a un prezzo minore.

Paradossalmente, le richieste più vive di rinnovamento della pratica medica attuale in termini umanistici -dalla medicina palliativa alle cure domiciliari- sono relativamente a minor costo ed a più alta gratificazione del malato. L'attenzione alla qualità delle cure, correlata all'interesse per la qualità della vita, si rivela così pagante non solo in termini umanitari, ma anche economici.

Queste considerazioni sono maggiormente significative in uno scenario che vede un allargamento fortissimo delle patologie croniche e invalidanti, particolarmente degli anziani. Nonostante il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, che ha portato all'aumento della "durata di vita attesa alla nascita" anche nei gruppi di popolazione di eta' avanzata, e nonostante il miglioramento complessivo delle condizioni di salute, vi e' una quota di vecchi destinata ad una condizione di cronicita' sostanzialmente senza possibili e prevedibili rimedi. Il fenomeno della "rettangolarizzazione" della curva di sopravvivenza media, che aveva affascinato demografi e medici, non consente di rilevare una compressione del periodo di vita "in dipendenza", mentre all'aumento della durata di vita corrisponde un aumento proporzionale e forse superiore del numero di anziani non autosufficienti.

Si registra, inoltre, una tendenza naturale del malato cronico a perdere l'autosufficienza. Nel futuro giocheranno un ruolo particolarmente incisivo le demenze, le malattie

cardiorespiratorie croniche, le malattie cerebrovascolari ed in genere le malattie degenerative (neurologiche, osteoarticolari, degli organi di senso) e -sebbene meno incisive dal punto di vista quantitativo- le malattie croniche del giovane e dell'adulto, in particolare le malattie psichiatriche che non rispondono ai trattamenti terapeutici, le lesioni cerebrali irreversibili, le malattie neuromuscolari croniche. Il problema centrale e' quello del finanziamento dei servizi all'ammalato cronico. La risposta a questo interrogativo e' ancora molto difficile: appare, pero', irresponsabile non porsi il problema e lasciarlo crescere senza ipotizzare prospettive di soluzione. Vi e' il rischio concreto che l'eta' cronologica costituisca il solo, arbitrario criterio per limitare l'assistenza sanitaria.

In questa prospettiva e' veramente una scelta di civilta' ipotizzare un sistema di integrazione socio-sanitaria che permetta di dare risposte qualificate a costi relativamente contenuti, coinvolgendo nei progetti assistenziali diverse componenti della rete formale ed informale che si stende attorno all'ammalato cronico. Anche se non e' compito di un sistema sanitario nazionale provvedere alla stimolazione di generosita' e competenze diffuse, l'apertura del sistema stesso al contatto e alla dinamica con altre realta' costituisce una testimonianza molto significativa e la premessa per un progresso reale.

Nello scenario complessivamente in modificazione dei sistemi per la difesa della salute si e assistito ad una progressiva trasformazione del ruolo del cittadino. La coincidenza tra gli obiettivi soggettivi dei pazienti e le capacità della medicina si e realizzata in modo armonioso nella storia recente, durante lo sviluppo che la sanità ha conosciuto negli anni '40 e '50, quando le malattie paradigmatiche erano le affezioni infettive. L'azione medica si trovava circoscritta entro parametri ben definiti: le conoscenze cliniche, la volontà del paziente di ricevere il trattamento e l'intervento appropriato (che si puo definire, seppur relativamente, di basso costo e di alta efficacia). Lo scenario recente vede invece come predominanti le malattie cardiovascolari, il cancro, le affezioni degenerative e croniche, rispetto alle quali i parametri tradizionali sono rimessi in discussione e la precaria armonia è compromessa: non esiste un consenso sugli interventi medici migliori; non è piu evidente che il paziente voglia ricevere ogni trattamento possibile, e forse neppure il trattamento standard; l'equazione tra costi ed efficacia dei trattamenti e sbilanciata a favore dei primi.

La civiltà sanitaria di un paese si misura anche dalla capacità di comprendere questi dilemmi e queste incertezze; il superamento della medicina trionfante -falsamente risolutiva del dolore umano- costituisce un grande progresso, purchè i sistemi sanitari sappiano cogliere il contenuto di sfida che può derivare da un cambiamento che comporta meno certezze o leggi indiscutibili, mentre richiede maggiore partecipazione, attenzione alle modalità operative e alle debolezze non rimediabili degli assistiti. In quest'ottica di attenzione ai bisogni nascosti, gli indicatori di civilta' suggeriscono un'attenzione particolare agli aspetti preventivi e riabilitativi, che rappresentano due momenti di particolare protezione verso le fragilita' umane. Nel prossimo

triennio le Regioni dovranno provvedere, nel rispetto delle singole peculiarita' geografiche, storiche ed organizzative, alla strutturazione di moderni servizi di prevenzione e di riabilitazione, superando una visione purtroppo inveterata che tende a considerarle marginali.

La presenza di una ricerca scientifica veramente avanzata rappresenta il punto d'appoggio di un sistema sanitario che voglia dirsi moderno, perchè costituisce il modo piu efficace per garantire il nuovo senza rotture e senza salti.

Il P.S.N. per il triennio 1994-96 non si pone quindi nell'ottica di costruire per le persone uno stato di salute come definito dall'O.M.S. (condizioni di benessere fisico, psicologico, relazionale), ché appartiene più all'area della felicità umana che non a quella della salute. Resta il grande tema del dolore fisico, centrale rispetto a qualsiasi intervento, i cui confini tendono ad essere molto incerti rispetto alle varie attività dell'uomo. In questa logica il modello di civiltà sanitaria di un paese si può misurare rispetto ad eventi specifici e concreti, come sono alcuni indicatori di morbosità e di mortalità. Si tratta di punti di arrivo rigidi, non discutibili, attorno ai quali le varie realtà locali possono costruire un sistema secondo scelte e motivazioni differenziate, in grado però di raggiungere risultati precisi.

Uno tra gli obiettivi piu importanti che si e posta l'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'Europa riguarda l'aumento della vita attesa. L'Italia da questo punto di vista è collocata in una posizione molto favorevole, sia per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita sia per quella in età avanzata (75 anni ed oltre); è però importante associare al concetto di speranza di vita quello di speranza di vita attiva, indicatore più fedele dello stato di salute della popolazione. Da questo punto di vista il fenomeno mondiale dell'espansione della morbilità ha portato anche in Italia ad un allargamento del numero delle persone non autosufficienti in età avanzata. Costituisce indicatore di civiltà il riuscire a ridurre la percentuale di persone dipendenti e la fascia tra questi di coloro che non sono in grado di restare nel proprio domicilio. A questo proposito, il progetto obiettivo anziani indica le modalità concrete attraverso le quali organizzare l'assistenza alla persona che invecchia.

Un altro indicatore di civiltà sanitaria, all'estremità opposta della scala della vita, è rappresentato dalla riduzione della mortalità infantile: per l'O.M.S. entro il 2000 i casi in Europa dovrebbero scendere a meno di 20 ogni mille nati vivi. Pur trovandoci, nel complesso, al disotto di questo valore, in Italia vi è ancora una fortissima variabilità fra le Regioni, con tassi di mortalità molto elevati soprattutto nelle aree del sud e con un'organizzazione dell'assistenza al parto e al periodo post-parto per molti aspetti deficitaria. Il progetto obiettivo tutela materno-infantile risponde ad alcune di queste esigenze, ponendosi soprattutto l'obiettivo di uniformare la qualità e la quantità dei servizi prestati nei primi giorni di vita.

Dal punto di vista di alcune patologie importanti, l'O.M.S. indica che entro il 2000 nella regione europea la mortalità per cancro in soggetti sotto i 65 anni dovrebbe essere ridotta almeno del 15%, mentre dal 1970 il tasso di mortalità per tumori maligni nel periodo fino a 65 anni è andato aumentando. Nell'ambito dei diversi tumori di specifici sistemi ed apparati, si dovrebbe raggiungere, attraverso interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia, entro la fine del primo decennio del prossimo secolo, una riduzione simile a quella indicata dall'O.M.S. Sempre secondo l'O.M.S./Europa, anche la mortalità per malattia dell'apparato circolatorio nelle persone fino a 65 anni dovrebbe diminuire del 15% entro il 2000 . Da questo punto di vista in Italia vi è stata una forte riduzione del fenomeno negli anni '70 e '80, anche se un più attento controllo dei fattori di rischio potrebbe portare ad ulteriori risultati positivi.

2.B. Individuazione dei bisogni di salute e della domanda di prestazioni sanitarie

Negli anni recenti in Italia l'organizzazione dei servizi si e fondamentalmente basata sulle scelte operate da chi governava l'offerta, ritenendo di essere in grado di interpretare autonomamente la domanda. E' ben noto, d'altra parte, quanto sia complesso nella moderna struttura dei comportamenti individuali e collettivi identificare i bisogni reali, mettendo in luce anche quelli inespressi e sapendo cogliere tra i molti quelli realmente legati alle dinamiche di salute.

In questo scenario si è assistito ad un inseguimento irrazionale tra offerta e domanda, determinato da spinte non controllate, che alla fine hanno provocato un aumento dei costi complessivi del sistema sanitario. Partendo da questa realtà, si ritiene opportuno indicare alle Regioni l'esigenza di istituire, nel corso del triennio 1994-96, gli ossevatori epidemiologici regionali. Questi dovranno costruire, per ogni area e per ogni settore della popolazione, quadri completi del bisogno sanitario, al fine di offrire un punto di partenza sul quale fondare le scelte per l'impiego delle risorse disponibili. Gli Osservatori epidemiologici regionali avranno anche il compito di valutare nel tempo l'efficacia degli interventi, costruendo modelli complessi per interpretare l'impatto di scelte specifiche sull'evoluzione di diversi fattori demografici e socio-economici. L'organizzazione degli osservatori dovrà rispondere a precise caratteristiche tecnologiche, in collegamento dinamico con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali presso il Ministero della sanità, sia per lo scambio di dati, sia per le possibili azioni di supporto tecnico.

Le obiettive difficoltà di disporre, nel breve periodo, di una adeguata conoscenza dei bisogni sanitari della popolazione non devono, tuttavia, costituire un alibi alla mancata adozione di quegli interventi che e già possibile adottare, allo scopo di migliorare le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie:

1) la semplificazione delle procedure di accesso ai servizi sanitari;

2) il miglioramento delle tipologie e dei tempi di risposta delle strutture sanitarie.

Per il primo punto soccorre, anche in via analogica, il riferimento alle disposizioni ex legge 7.8.1990, n.241, con la finalità di rivedere la impostazione dei servizi amministrativi a contatto con il pubblico, migliorare il sistema di informazione ai cittadini, qualificare sempre di più la professionalità degli operatori a contatto con il paziente.

Riguardo al secondo punto, garantire a tutti i cittadini uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie rappresenta un obiettivo strategico per il Servizio sanitario nazionale, coerente con il dettato costituzionale, relativo alla tutela della salute quale diritto fondamentale del cittadino. La definizione dei livelli uniformi di assistenza, in quanto

individuazione dell'insieme di attività e di prestazioni che il Servizio sanitario nazionale si impegna ad erogare a fronte di corrispondenti condizioni di bisogno, rappresenta una sostanziale garanzia in tale senso.

Per migliorare le condizioni di accessso alle prestazioni sanitarie è, tuttavia, necessario intervenire anche attraverso:

- la riduzione degli squilibri territoriali nella dotazione di servizi sanitari, che determinano il sottodimensionamento dell'offerta in alcune aree del Paese;

- l'incremento dell'efficienza operativa dei servizi per migliorarne la capacità produttiva;

- l'orientamento della domanda di prestazioni sulla base dell' adeguatezza della risposta nei riguardi del bisogno da soddisfare.

Gli obiettivi che possono essere conseguiti nell'arco del triennio di validità del Piano sanitario nazionale sono i seguenti:

1. forte riduzione della mobilità ospedaliera inter-regionale relativamente alle attività erogate dalle divisioni ospedaliere delle "discipline di base", come individuate ai sensi del D.M. 13.09.88.

Le Regioni dovranno porre in atto sistemi idonei ad individuare le sedi e le dimensioni della mobilità interregionale, analizzando le caratteristiche della offerta di servizi in termini di tipologia delle prestazioni, facendo anche ricorso ad indicatori che misurino l'accesso ai servizi;

2. riduzione del ricorso alle strutture ospedaliere estere, con particolare riferimento alla mobilità conseguente all'eccessiva entità dei tempi di attesa per l'accesso ad analoghe strutture ospedaliere nel nostro Paese;

3. riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali; a tale riguardo i valori di riferimento proposti devono essere intesi quali linee di tendenza:

. per le indagini di laboratorio: esecuzione entro quarantotto ore, fatti salvi esami che per ragioni tecniche vengono eseguiti con periodicità programmata e le situazioni di urgenza;

. per la diagnostica per immagini: salvo urgenze, esecuzione entro cinque giorni;

. per le visite specialistiche e la diagnostica strumentale: salvo urgenze, esecuzione entro sette giorni;

4. potenziamento delle attività ospedaliere erogate in regime di day-hospital. Questa modalità di erogazione si caratterizza anche per una migliore accettabilità da parte degli utenti, in quanto è

compatibile con abitudini di vita meno dipendenti dall'organizzazione ospedaliera.

Con il D.P.R. 20/10/92 sono già stati forniti appropriati indirizzi per la attivazione di posti di assistenza in regime diurno negli ospedali. L'esigenza di graduare nel tempo tale applicazione può trovare risposta affrontando in modo organico le aree monotematiche, con priorità per quelle individuate in ogni Regione come le più rilevanti. L'obiettivo nel triennio è di trasferire, in ambito regionale, il 10% dei ricoveri ospedalieri in trattamento a ciclo diurno.

5. Assistenza Ospedaliera a Domicilio. In questo campo è utile procedere a delle sperimentazioni, al fine di approdare a modelli organizzativi validati in ambito regionale in modo da consentire, in linea tendenziale, il trasferimento alla ospedalizzazione domiciliare di una quota di ricoveri ospedalieri approssimata al 3%.

2.C. Impiego razionale delle risorse

Un utilizzo inefficiente delle risorse costituisce una diminuzione della possibilità di dare risposta ad una quota del bisogno sanitario tanto piu consistente quanto più ampia e l'area di inefficienza. Considerato l'ormai consolidato orientamento a contenere il volume di risorse pubbliche destinate alla assistenza sanitaria, la razionalizzazione della spesa assume rilievo di obiettivo strategico del Servizio sanitario nazionale.

La natura aziendale delle strutture responsabili della produzione ed erogazione dei servizi sanitari ed il nuovo stato giuridico del personale del Servizio sanitario nazionale -cui si accompagna la consapevolezza della necessità di costruire un nuovo modello di relazioni sindacali- rappresentano condizioni ormai acquisite, tali da consentire agli organi delle Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di scommettere sul proprio ruolo, disponendo degli stessi poteri e strumenti consentiti alle analoghe figure del settore privato.

Non si dispone di una aggiornata mappa delle aree di diseconomia e di spreco redatta con criteri scientifici; tuttavia, e possibile individuarne con buona approssimazione alcune che frequentemente si riscontrano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale:

- abuso nelle esenzioni dal sistema di compartecipazione alla spesa;

- tendenziale iperconsumo di farmaci;

- eccessiva facilità di prescrizione e ripetizione di prestazioni diagnostiche;

- frequente ricorso improprio al ricovero ospedaliero, per patologie piu efficacemente trattabili secondo altre modalità;

- tendenziale sotto-utilizzo di strutture diagnostiche e di strutture operatorie di alta specializzazione, cui sono associati elevati costi fissi;

- tendenza ad implementare tecnologie ad alto costo, sia per attività diagnostiche sia per attività terapeutiche, in maniera non sempre appropriata dal punto di vista del rapporto costi-benefici e dello sfruttamento delle economie di scala;

- sotto-utilizzo delle risorse pubbliche, con conseguentemente oneroso trasferimento delle risposte al settore privato convenzionato;

- sovrapposizioni non integrate di iniziative sanitarie e socio-assistenziali a disabili e anziani;

- approvvigionamento di beni e servizi non sempre conforme a criteri di economicità ed efficacia;

- impiego irrazionale del personale di tutte le professionalità, non opportunamente utilizzato o non collocato nelle aree di effettivo bisogno, come conseguenza di carente programmazione o di anacronistiche rigidità operative.

Appare necessaria, al riguardo, l'individuazione degli interventi correttivi da adottare a livello locale e regionale, con il conseguente monitoraggio della applicazione e dell'efficacia, anche tramite l'analisi di appropriati indicatori. In questa prospettiva, a titolo esemplificativo vengono identificati alcuni criteri per un corretto utilizzo delle attrezzature disponibili all'interno delle strutture ospedaliere:

Attività di emergenza (diagnostiche e terapeutiche):

devono funzionare 7 giorni su 7, 24 ore su 24;

Attività di routine (diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, anche in Day Hospital):

I servizi vanno garantiti 6 giorni su 7 e debbono funzionare almeno 5 giorni su doppio turno.

3. I LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA SANITARIA

La definizione di livelli uniformi di assistenza sanitaria, intesi come l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che debbono essere erogate dal S.S.N., è materia che risente più di altre della transizione da un sistema centralistico ad uno a responsabilità condivise tra Stato e Regioni.

Da un lato appare marcata la finalità di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie. Per altro verso, la indicazione dei livelli si cala in contesti regionali molto diversi per cultura, caratteristiche socio-economiche, dotazioni strutturali, competenze tecnico-scientifiche, capacità gestionali nel settore sanitario.

Le stesse Regioni sono inoltre titolate ad integrare con proprie risorse aggiuntive i livelli, definendo i modelli organizzativi mediante i quali la domanda di prestazioni può essere soddisfatta.

Compete al Piano sanitario nazionale indicare i macro-livelli di assistenza sanitaria uniforme e gli obiettivi da conseguire per ognuno di essi in termini di aree di domanda sanitaria da soddisfare.

La funzione programmatoria regionale dovrà poi definire le modalità organizzative per il perseguimento degli obiettivi secondo l'ordine di priorità definito dal Piano sanitario nazionale ed in funzione delle specifiche esigenze del territorio, e distribuire le risorse in relazione alle modalità organizzative adottate.

3.A. ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

1. Obiettivo del livello è quello di promuovere la salute della popolazione nel suo complesso mediante la profilassi delle malattie infettive e diffusive; il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio; il controllo dei fattori di rischio collettivi ed individuali presenti negli ambienti di vita e di lavoro; la profilassi veterinaria necessaria per la tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffusive e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente, anche utilizzando il modello animale quale strumento di sorveglianza; il controllo degli alimenti e delle bevande sia di origine animale che vegetale, nei momenti di produzione, lavorazione, deposito, trasporto e distribuzione degli stessi.

2. Il livello e realizzato attraverso il complesso delle attività e prestazioni di prevenzione collettiva di seguito elencate:

a) Profilassi delle malattie infettive e diffusive:

- vaccinazioni secondo la normativa vigente e nell'ambito di interventi e campagne di prevenzione collettiva autorizzati con atti formali dalle regioni;

- interventi di profilassi internazionale;

- controllo delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei focolai.

b) Tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale:

- controllo dell'inquinamento atmosferico e acustico;

- controllo sugli impianti di smaltimento dei rifiuti solidi urbani;

- controllo sulla detenzione e sullo smaltimento dei rifiuti speciali, tossici e nocivi;

- controllo sulla qualità delle acque destinate al consumo umano;

- controllo sulle piscine pubbliche o di uso pubblico;

- controllo sulle acque di balneazione;

- controllo degli scarichi civili, produttivi e sanitari.

c) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari connessi agli ambienti di vita e di lavoro:

- attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita;

- attività di accertamento, vigilanza e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro,

- controllo sul commercio,la vendita e l'impiego dei fitofarmaci e dei presidi sanitari;

- controllo sulle attività agricole, forestali e della pesca;

- controllo della salute dei lavoratori;

- promozione della salute dei minori in ambiente scolare;

- certificazioni sanitarie, ai fini preventivi e di tutela della salute pubblica;

- espletamento dei compiti di polizia mortuaria.

d) Sanità pubblica veterinaria:

- controllo dell' igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;

- sorveglianza epidemiologica e profilassi ai fini della eradicazione delle malattie infettive, ed in particolare di quelle esotiche;

- vigilanza e lotta al randagismo per il controllo della popolazione canina, soprattutto ai fini della prevenzione della echinococcosi/idatidosi;

- vigilanza sulla utilizzazione degli animali da esperimento;

- vigilanza e controllo sulla preparazione, commercializzazione e impiego dei mangimi e degli integratori per mangimi.

e) Tutela igienico-sanitaria degli alimenti:

nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente, secondo la programmazione sanitaria regionale:

- controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e delle bevande, con verifica dell'adeguamento delle strutture di macellazione alle normative comunitarie;

- ricerca di residui di farmaci o sostanze farmacologicamente attive e di contaminanti ambientali negli alimenti;

- controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti della prima infanzia;

- campionamento ed esecuzione dei controlli analitici secondo la tipologia degli alimenti e delle bevande.

3.B. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

1. Obiettivo della assistenza sanitaria di base è quello di promuovere la salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento.

2. Il livello di assistenza sanitaria di base si articola nei livelli analitici di seguito elencati:

2.1. Il livello di Medicina generale, costituito dal complesso delle seguenti attività e prestazioni:

- visita medica generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, anche con carattere di urgenza, con rilascio, quando richiesto, di certificazioni mediche obbligatorie ai sensi della vigente legislazione;

- eventuali prescrizioni di farmaci, di prestazioni di assistenza integrativa, di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale, proposta di invio a cure termali;

- richiesta di visite specialistiche, anche per eventuale consulto, ai fini del rispetto della continuità terapeutica;

- proposta di ricovero in strutture di degenza, anche a ciclo diurno;

- partecipazione alla definizione e gestione del piano di trattamento individuale domiciliare in pazienti non deambulanti ed anziani.

2.2. Il livello di Assistenza Farmaceutica, costituito dalle seguenti attività:

- erogazione dei farmaci, nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente;

2.3. Il livello di Assistenza territoriale domiciliare, costituito dal trattamento individuale domiciliare a pazienti non deambulanti e anziani.

3.C. ASSISTENZA SPECIALISTICA SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE

1. Obiettivo del livello e accertare e trattare in sede ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo in favore dei cittadini , ivi compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, nonchè alla prevenzione, diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

2. Il livello si articola nei livelli di seguito elencati:

2.1. livello di assistenza specialistica, realizzato attraverso il complesso delle seguenti attivita' e prestazioni:

- visite, prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio; nonchè le altre prestazioni previste dal nomenclatore delle prestazioni specialistiche ;

- attività di consultorio materno-infantile.

2.2. livello di assistenza ai tossicodipendenti costituito da visite, prestazioni specialistiche diagnostico-terapeutiche e riabilitative erogate mediante i S.E.R.T e in regime semiresidenziale.

2.3. livello di assistenza psichiatrica territoriale costituito dal complesso degli interventi specialistici erogati mediante i servizi territoriali psichiatrici.

2.4. livello di assistenza riabilitativa territoriale costituito dal complesso delle attività di seguito elencate:

- prestazioni di cui all'art. 26, comma 1, della legge 833/78 in regime ambulatoriale e semiresidenziale anche a favore di anziani;

- assistenza protesica attraverso la fornitura delle protesi e degli ausili tecnici inclusi nel Nomenclatore delle protesi con i limiti e con le modalità previste dalla normativa vigente;

- prestazioni idrotermali, limitatamente al solo aspetto terapeutico, con i limiti e le modalità previste dalla normativa vigente.

2.5. assistenza integrativa realizzata mediante la erogazione dei prodotti dietetici e dei presidi sanitari, con i limiti e le modalità previsti dalla normativa vigente.

3.D. ASSISTENZA OSPEDALIERA

1. Obiettivo della assistenza ospedaliera è quello di garantire a tutti i soggetti assistiti dal S.S.N. l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare: condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonchè condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Il livello uniforme di assistenza ospedaliera è realizzato attraverso l'insieme di prestazioni e attività di seguito elencato:

- visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica,terapeutica e riabilitativa necessari per risolvere i problemi di salute del paziente degente e compatibili con il livello di dotazione tecnologica delle singole strutture;

- interventi di soccorso nei confronti di malati o infortunati in situazioni di urgenza od emergenza medica ed eventuale trasporto in ospedale, anche coordinato da centrale operativa collegata al sistema del numero telefonico unico 118;

L'assistenza ospedaliera è erogata secondo le seguenti modalità di accesso:

- in forma di ricovero di urgenza ed emergenza;

- in forma di ricovero ordinario programmato anche a ciclo diurno (day-hospital);

- in forma di ospedalizzazione domiciliare;

- in trattamento sanitario obbligatorio, attuato nei casi e con le modalità espressamente previste dalle leggi dello Stato.

3.E. ASSISTENZA SANITARIA RESIDENZIALE A NON AUTOSUFFICIENTI E LUNGODEGENTI STABILIZZATI

1. Obiettivo del livello è promuovere, mediante trattamenti sanitari in regime residenziale, il recupero di autonomia dei soggetti non autosufficienti, il recupero e il reinserimento sociale dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, nonchè la prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per le patologie croniche.

2. Il livello si articola nei livelli analitici di seguito elencati:

2.1. livello di assistenza psichiatrica residua realizzato attraverso:

- visite mediche, assistenza infermieristica ed ogni atto e procedura diagnostica, terapeutica in favore di pazienti psichiatrici degenti negli ospedali psichiatrici.

2.2. livello di assistenza residenziale agli anziani realizzato attraverso:

- assistenza sanitaria di base ad anziani degenti in strutture residenziali.

2.3. livello di assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche realizzato attraverso:

- assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche

2.4. livello di assistenza residenziale ai disabili psichici erogato attraverso:

- assistenza sanitaria di base a disabili psichici in regime residenziale.

2.5. livello di assistenza residenziale ai disabili fisici erogato attraverso :

- assistenza sanitaria di base a disabili fisici in regime residenziale.

2.6 livello di assistenza riabilitativa residenziale ex art. 26 della legge 833/78 erogato attraverso:

- assistenza riabilitativa ai disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale presso appositi centri di riabilitazione.

3.F. ATTIVITA' DI SUPPORTO ALLA ORGANIZZAZIONE ASSISTENZIALE

L'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza presuppone l'organizzazione di servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale.

4. LE PRIORITA' DI INTERVENTO

Questo capitolo evidenzia alcune caratteristiche attraverso le quali si esplicano diverse attività del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, vengono riportate indicazioni generali relativamente alla organizzazione dei due sistemi fondamentali a livello territoriale: i distretti -cioé l'organismo responsabile per la erogazione dell'assistenza continuativa nel corso della vita dei cittadini ed al quale è demandata la responsabilità di gestire i servizi di base- e l'emergenza -cioè la rete organizzata sul territorio per assicurare ai cittadini modalità efficienti in risposta ai bisogni sanitari acuti-. In entrambi i casi, si tratta di ambiti nei quali l'aspetto organizzativo ha un ruolo molto importante, anche rispetto a quello tecnico-clinico, e che si caratterizzano per la forte integrazione di sistema e la alta disponibilità al controllo di efficacia ed efficienza. E' collocata in questo capitolo anche una sottolineatura delle attività di riabilitazione, al fine di riproporne l'importanza e l'attualità.

Dello stesso segno, anche se non direttamente a contatto con i bisogni sanitari della popolazione, sono le problematiche legate alle sperimentazioni gestionali ed ai sistemi di valutazione e di controllo delle attività prestate. Per questi si forniscono indicazioni metodologiche finalizzate a suggerire comportamenti moderni e razionali ed orientate a diffonderne la adozione, che non si sovrappongono alle scelte operative concrete, di competenza regionale. La loro accettazione all'interno del Servizio sanitario nazionale comporta una razionalizzazione in termini organizzativi ed un risparmio in termini economici; i Piani sanitari regionali dovrebbero quindi accogliere queste indicazioni come ossatura sulla quale costruire i diversi sottosistemi. I contenuti prioritari del PSN sono un'occasione per dare concreta applicazione ad alcune novità che il piano assume come elementi qualificanti e che di esso costituiscono obiettivo irrinunciabile. Si tratta di "modi diversi" di affrontare l'assistenza sanitaria, che nel loro insieme concorrono ad accrescere la qualità tecnico-scientifica delle prestazioni e a fornire ai cittadini risposte più efficaci all'interno di servizi più efficienti, più umani e personalizzati, meno burocratici e formalisti, più attenti ai risultati da conseguire.

4.A. Distretto sanitario di base

Il Distretto Sanitario di Base (DSB) rappresenta un'articolazione organizzativo-funzionale della USL finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una riposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione. I nuovi, più ampi, ambiti territoriali delle USL rendono l'istituzione dei distretti un momento indispensabile per una razionale strutturazione del Servizio. L'integrazione tra i diversi servizi, il supporto fornito al medico di famiglia, la conseguente possibilità di adottare o di potenziare forme di assistenza integrative rispetto all'attività ospedaliera possono consentire una sensibile riduzione della domanda di ricoveri ospedalieri, con conseguenti minori costi umani ed economici.

Il perseguimento di una efficace integrazione fra le attività distrettuali, l'attività del medico di famiglia, le attività poli-ambulatoriali e specialistiche, e l'attività ospedaliera consente:

. la continuità dell'assistenza nell'ambito dello stesso episodio di malattia, indipendentemente dai diversi luoghi del trattamento, riconducendo alla responsabilità del medico di base le decisioni diagnostico-terapeutiche effettuate al di fuori degli eventuali episodi di degenza ospedaliera;

. la tempestività dell'invio del paziente all'ospedale, quando appropriato, fattore determinante rispetto alla efficacia del trattamento ospedaliero ed alla entità del consumo di risorse ad esso associato;

. un efficace filtro alla domanda impropria di ricoveri ospedalieri;

. l'attivazione di modalità di comunicazione tra i diversi servizi e i diversi professionisti che agiscono nell'ambito del S.S.N., tali da non costringere l'utente a fungere da veicolo delle informazioni necessarie per supportare la definizione delle scelte assistenziali.

Il DSB dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche:

- flessibilità nell'organizzazione, che deve adeguarsi ai reali bisogni di intervento e non riflettere il consolidamento dell'attività precedente;

- metodo di lavoro interdisciplinare, finalizzato ad una ottimale utilizzazione delle risorse disponibili, attraverso la integrazione delle competenze provenienti dai diversi Servizi della USL;

- orientamento delle attività per progetti e/o per problemi;

- valorizzazione della funzione-chiave dei medici di famiglia e raccordo delle attività dei medici tra di loro e con le altre strutture sanitarie e sociali, allo scopo di garantire la continuità di trattamento ai singoli utenti, la razionalizzazione dell'accesso alle strutture ospedaliere e la responsabilizzazione nei riguardi della spesa.

Il DSB è l'ambito dove si realizza l'integrazione socio-sanitaria; è una "area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi con coerenza le caratteristiche fortemente omogenee di alcune particolari "condizioni" della struttura di bisogni, che costituisce la domanda sociale, e le modalità obbligate di intervento con le quali tali condizioni umane vanno affrontate, per garantirsi efficacia ed efficienza. In questo senso l'integrazione socio-sanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale e deleterio settorialismo.

La struttura dei bisogni che costituiscono gran parte dell'attuale domanda di salute (età geriatrica; relazione madre-bambino; disabilità, che per effetto del contesto sociale rischia di trasformarsi in handicap; malattia mentale; tossicodipendenza) evidenzia la necessità che la tutela della salute sia organizzata in modo tale da garantire le seguenti caratteristiche:

1) compresenza dei tre momenti specifici di intervento (sanitario, socio-sanitario integrato, assistenziale);

2) forte valorizzazione del momento preventivo e riabilitativo;

3) interdisciplinarietà degli approcci;

4) permanenza nel tempo degli interventi (sostegno alla cronicità);

5) particolarità del rapporto terapeuta-utente: evoluzione da paziente a soggetto attivo;

6) incidenza del ricorso al privato sociale (in molti casi totalmente sostitutivo dell'intervento diretto del S.S.N.).

L'offerta di servizi socio-sanitari integrati, finalizzata a soddisfare questa "area sistema" di bisogni, deve essere programmata, organizzata e costituita come un progetto unitario, coinvolgendo i due diversi referenti istituzionali degli interventi sanitari e sociali (il comune associato in USL ed il comune singolo). E' inoltre necessario garantire la complementarietà delle tre diverse reti d'offerta (servizi residenziali, territoriali e domiciliari), assicurando la sinergia tra livelli d'intervento di base e specialistici e integrando tutte le risorse disponibili, sia finanziarie sia umane.

L'attuazione dei distretti seguirà evidentemente strade molto differenziate, in dipendenza della localizzazione (rurale, urbana, metropolitana); spetterà alla dirigenza delle USL trovare le modalità più adatte per l'istituzione del servizio nel rispetto delle singole realtà.

Le tipologie di attività che trovano un'ideale collocazione a livello di D.S.B. sono:

1. il supporto all'attività del medico di famiglia

2. l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.), per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente integrate. L'A.D.I. può rappresentare una risposta assistenziale efficace ed efficiente nei confronti di persone disabili in conseguenza di forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi, purchè tecnicamente trattabili a domicilio. L'A.D.I. si caratterizza quale modalità di integrazione e coordinamento di attività di prevalente livello territoriale, compresa l'assistenza alle famiglie finalizzata ad evitare il ricovero;

3. le attività di ospedalizzazione domiciliare, per consentire l'erogazione di trattamenti che richiedano la disponibilità di competenze professionali di livello ospedaliero, ma che siano tecnicamente erogabili al domicilio del paziente;

4. la gestione coordinata degli accessi ai servizi, attraverso:

   . la disponibilità presso la sede del distretto dell'interfaccia con il centro unificato di prenotazione (CUP);

   . la possibilità per l'utente di espletare le procedure amministrative a livello decentrato;

   . la disponibilità decentrata di punti di prelievo per indagini chimico-cliniche;

   . la disponibilità di sportelli per fornire informazioni agli utenti.

4.B. Strutture e attività di emergenza

In tema di organizzazione delle strutture e delle attività di emergenza sanitaria, vi è l'esigenza di salvaguardare alcuni requisiti di uniformità in tutto il Paese, poiché il soddisfacimento della domanda in questa area di bisogni deve fare riferimento ad una rete nazionale di servizi capaci di dare risposte univoche ed omogenee, anche in relazione ai collegamenti con vari organi e strutture dello Stato. Il DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" definisce le grandi linee per la organizzazione dei servizi di pertinenza, individuando i seguenti punti fondamentali:

* sistema di allarme;
* interventi sul territorio;
* risposta organizzativa.

Il presente Piano sanitario nazionale indica alcuni presupposti irrinunciabili, in base ai quali entro il triennio 1994-96 debbono essere perseguiti i seguenti obiettivi:

1) predisposizione di un sistema di allarme sanitario, mediante la realizzazione della rete regionale di Centrali Operative (organizzate di norma su base provinciale, fatte salve le esigenze di particolari aree metropolitane) tra loro coordinate e collegate al numero telefonico nazionale «118», alle quali affluiscano tutte le chiamate di intervento di emergenza sanitaria. Dette centrali debbono rispondere a requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi di elevato grado di autonomia funzionale e con precise qualificazioni e responsabilizzazioni di personale medico e non medico;

2) disponibilità di idonei mezzi di trasporto per soccorso sanitario, anche mediante il coinvolgimento delle Organizzazioni di Volontariato, con la garanzia di qualificata presenza medica a bordo, ove richiesto;

3) realizzazione di un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria secondo due diversi livelli di complessità, in funzione delle specifiche esigenze locali, mediante la individuazione, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, degli ospedali sede di Pronto Soccorso (di primo livello) e di Dipartimento di Emergenza (di secondo livello) e la loro organizzazione ed attivazione, tali da garantire l'erogazione tempestiva e di elevato livello qualitativo degli interventi diagnostico-terapeutici necessari.

In particolare, i Servizi di Pronto Soccorso, da distribuire in maniera sufficientemente diffusa nel territorio regionale, devono essere localizzati in ospedali dotati di servizi di base e specialistici in grado di assicurare il primo accertamento diagnostico, strumentale e di laboratorio, il controllo delle funzioni vitali e gli interventi necessari alla stabilizzazione

del paziente, le attività diagnostiche e terapeutiche di urgenza compatibili con le specialità disponibili, un adeguato trasporto protetto, ove richiesto.

I Dipartimenti di Emergenza, da distribuire selettivamente nel territorio, devono, inoltre, poter garantire nell'arco delle 24 ore "gli interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medici, chirurgici, ortopedici, ostetrici e pediatrici, l'osservazione breve e l'assistenza cardiologica e rianimatoria", e devono pertanto essere collocati soltanto presso sedi ospedaliere dotate delle competenze e delle strutture adeguate ad affrontare le tematiche più complesse;

4) regolamentazione puntuale dei compiti, delle responsabilità e degli obblighi di formazione ed aggiornamento del personale, mediante idonea normativa dipartimentale che, nella salvaguardia delle autonomie cliniche degli specialisti delle varie discipline chiamati ad intervenire nei momenti dell'emergenza, preveda un coordinamento dotato di reali poteri.

Strettamente collegati con una adeguata rete di presidi predisposti per una qualificata e coordinata risposta alla domanda in emergenza, vi è la organizzazione delle Rianimazioni e Terapie Intensive. La rete dei presidi di Rianimazione e Terapia Intensiva è, nel complesso del territorio nazionale, ancora inadeguata. Su di essi pesano sovente richieste di prestazioni improprie, che rendono problematico l'accoglimento dei soggetti aventi necessità indilazionabili. Trattasi peraltro di prestazioni improprie per quanto attiene la funzione rianimatoria in senso stretto, prestazioni comunque non eseguibili presso le degenze ordinarie e abbisognevoli di apposita struttura di accoglienza e trattamento.

Viene indicata l'esigenza di uniformare nel periodo 1994-1996 il numero dei posti attivi di Rianimazione e Terapia Intensiva alla media europea (passaggio dal 2% al 3% del totale dei letti per acuti), con articolazione differenziata inizialmente su almeno due livelli, di cui definire le caratteristiche attraverso idoneo decreto ministeriale.

4.C. Attività di riabilitazione

Le attività di riabilitazione sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni prevenendo le menomazioni secondarie e curando le disabilità al fine di contenere ed evitare l' handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità della vita e l'inserimento psico-sociale.

I due aspetti critici di tali attività sono rappresentati da:

- la necessità che le attività riabilitative intervengano nella prima fase della malattia a rischio di disabilità, quando maggiore è il potenziale di recupero;

- la graduazione degli interventi riabilitativi, sia in termini di strutture eroganti, che di tipologia delle attività erogate, sulla base del tipo di menomazione e disabilità evidenziate e della fase di malattia in cui si interviene.

La molteplicità degli aspetti connessi alla riabilitazione richiede una definizione di due ambiti generali:

- attività riabilitativa generica, orientata ad eliminare o contenere qualunque forma di disabilità; così intesa, ogni attività sanitaria è anche attività di riabilitazione, in quanto ogni intervento -sia esso preventivo o diagnostico o terapeutico- ha come obiettivo l'evitare o il ridurre il rischio che si determinino menomazioni permanenti all'individuo;

- attività riabilitativa specifica, caratterizzata dall' insostituibile ricorso a tecniche, mezzi e operatori finalizzati alla soluzione di problemi medico-riabilitativi più complessi.

Il presupposto necessario alla realizzazione di interventi riabilitativi efficaci specifici consiste nella definizione dei diversi livelli di intervento, che si caratterizzano per la complessità dell'assistenza richiesta:

a) interventi di primo livello, che comprendono le attività finalizzate a mantenere il paziente al più alto grado di autosufficienza possibile. Queste attività trovano collocazione ideale nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata o nelle strutture residenziali di natura socio-assistenziale e sono preferibilmente coordinate dal medico di famiglia, il quale collabora con specifiche professionalità individuate sulla base dei bisogni del singolo paziente e definite nell'ambito di un esplicito piano di trattamento;

b) interventi di secondo livello, che comprendono le attività tendenti a ridurre le conseguenze delle menomazioni che l'individuo ha riportato in seguito ad un evento patologico per malattia o trauma. Queste attività trovano la loro collocazione

idonea nelle strutture ospedaliere, nella fase acuta della malattia e dell'intensività del trattamento riabilitativo e in quelle di lungodegenza o ambulatoriali, nella fase post-acuta;

c) interventi di terzo livello, che comprendono le attività rivolte a ridurre quanto più è possibile le conseguenze di specifiche e gravi menomazioni causate da eventi patologici per malattia o trauma. Queste attività trovano idonea collocazione in apposite strutture ove sono erogate da servizi di alta specialità, quali quelli per la neuroriabilitazione, le unità spinali dipartimentali unipolari, etc.

L'obiettivo primario che le Regioni devono perseguire nell'arco di vigenza del P.S.N. 1994-1996 relativamente all'area della riabilitazione consiste nella organizzazione di una rete regionale integrata di servizi, articolata sulla base dei seguenti criteri:

1. individuazione delle strutture in cui devono essere attivati e/o riorganizzati i servizi di riabilitazione di secondo e di terzo livello;

2. l'erogazione dei trattamenti riabilitativi in fase post-acuta deve ordinariamente realizzarsi in regime non ospedaliero: domiciliare, ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale a seconda del tipo di danno e del livello di auto-sufficienza residua del paziente;

3. la conduzione dei servizi ai vari livelli deve avvenire con criteri di unitarietà e continuità, all'interno di ambiti territoriali ben definiti per quanto attiene in particolare al primo ed al secondo livello, rimanendo il terzo livello a valenza sovrazonale.

La rilevanza in termini epidemiologici delle patologie cardio-vascolari induce a sottolineare l'urgenza di riservare particolari attenzioni alle attività di riabilitazione dirette al recupero funzionale dei pazienti cardiopatici. A tal fine risulta essenziale lo sviluppo di idonee modalità di coordinamento fra le strutture ospedaliere dedicate alla riabilitazione e le strutture di diagnosi e cura di tipo cardiologico. Le attività di riabilitazione, in generale, ma in maniera particolare quelle finalizzate al trattamento dei pazienti cardiopatici, richiedono che i risultati conseguiti siano consolidati nella gestione del paziente successiva al trattamento riabilitativo. Pertanto, la collaborazione del medico di famiglia con le strutture di riabilitazione deve trovare modalità di realizzazione funzionali al raggiungimento di questo obiettivo.

Sono del pari da programmare iniziative organiche regionali di riabilitazione in ambito pneumologico, in particolare per quanto riguarda le insufficienze respiratorie croniche, alle quali è possibile assicurare miglioramenti significativi con l' ausilio di tecnologie utilizzabili anche in sede domiciliare.

L' area delle disabilità motorie secondarie a danni neurologici, ortopedici e reumatologici, che rappresenta uno dei più classici e consolidati settori di intervento della riabilitazione, è anche quella che sicuramente va tutelata con il più elevato grado di

ragionevole periferizzazione dei servizi, essendovi coinvolti in numero assai rilevante anche soggetti che per la irreversibilità delle menomazioni necessitano di precoci interventi riabilitativi anche di periodici e sistematici trattamenti, effettuabili per lo più in strutture di per sè non sempre e non necessariamente complesse, ma con l' esigenza di apporti professionali particolarmente qualificati ed aggiornati.

Per quanto riguarda la riabilitazione delle menomazioni di natura ortopedica,finalizzata al ripristino della funzionalità di segmenti dell'apparato locomotore sui quali si è intervenuti con metodiche chirurgiche e/o protesiche, deve essere garantita la precocità della instaurazione dei trattamenti riabilitativi, mentre l'esigenza di un raccordo con l'area specialistica che ha promosso la scelta terapeutica pongono l'opportunità di una collocazione dei servizi di pertinenza per la fase dell'immediato post-intervento in modo tale da facilitare il rapporto con le Unità Operative più direttamente interessate.

4.D. Sperimentazioni Gestionali

L'articolo 4, comma 6, della legge 412/91 prevede che, in deroga alla normativa vigente, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti le modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi. Lo stesso articolo pone come unica condizione che le sperimentazioni avvengano nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti.

L'esigenza di nuove sperimentazioni è stimolata anche dall' introduzione del "finanziamento a prestazione", che rappresenta un cambiamento sostanziale non soltanto in senso strettamente tecnico (modalità di valutazione delle tariffe e di previsione e controllo della spesa), ma anche dal punto di vista culturale, in quanto il pagare il servizio fornito, a differenza dal finanziare i fattori produttivi, induce comportamenti e sottintende responsabilità e autonomie gestionali. A ciò si aggiunge la necessità di identificare meccanismi che garantiscano la regolazione ed il contenimento della spesa, soprattutto nella prima fase di introduzione del sistema, nella quale probabilmente non sarà possibile il pieno coinvolgimento del medico di famiglia secondo quanto indicato dal D.L. 502/92 all'articolo 8, comma 1.

La normativa sulle sperimentazioni è ripresa nel decreto legislativo 502/92 il quale rimette alla Conferenza Stato Regioni la competenza in materia, sia in termini di identificazione degli ambiti applicativi sia in materia di definizione delle modalità di attuazione, richiedendo la motivazione delle scelte e la evidenziazione delle ragioni di convenienza e di miglioramento della qualità dell'assistenza. Lo stesso decreto prevede la costituzione di un fondo sul bilancio del Ministero della sanità per promuovere e finanziare, tra l'altro, ricerche e sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi e le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini.

All'interno di questo quadro normativo nazionale diventa quindi rilevante che le diverse Regioni e le singole U.S.L., in virtù della loro specificità, esprimano capacità di proposta, attivando momenti di riformulazione degli interventi in modelli organizzativi sino ad oggi non sperimentati.

Le maggiori sollecitazioni che discendono dal "cambiamento" dell'assetto istituzionale ed organizzativo coinvolgono, da un lato, i comportamenti professionali degli operatori del Servizio sanitario nazionale e, dall'altro, i modelli organizzativi adottabili, attualmente in genere orientati prevalentemente all'adempimento di compiti piuttosto che al perseguimentio di obiettivi ed al raggiungimento di risultati.

Per garantire il raggiungimento dei risultati previsti dal Piano sanitario è necessario investire risorse nella formazione e l'aggiornamento degli operatori, da un lato, e, dall'altro, nella sperimentazione di modelli organizzativi innovativi.

Affinché possa offrire utili indicazioni, una sperimentazione deve interessare un numero significativo di aziende sia per tipologia, sia per dislocazione sull'intero territorio nazionale. Appare pertanto congrua la individuazione di 9 aziende U.S.L. e/o ospedaliere, rappresentative di diverse dimensioni e localizzazioni regionali, nelle quali attivare le sperimentazioni gestionali. A tal fine, nel triennio di validità del presente Piano, saranno concordati con il Ministero della sanità e le Regioni interessate appositi modelli nei quali siano specificate le ragioni di convenienza, di miglioramento della qualità dell'assistenza e gli elementi di garanzia a loro supporto. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome avrà la responsabilità di provvedere ad una verifica annuale dei risultati conseguiti, tanto in termini economici quanto in termini di qualità dei servizi erogati. A conclusione della sperimentazione, sulla base della valutazione complessiva dei risultati ottenuti, il Governo e le Regioni decideranno in merito alle conseguenze operative da trarre dalle esperienze sperimentali.

Appare inoltre opportuna la promozione di ulteriori sperimentazioni infraregionali rivolte alla responsabilizzazione dei centri di spesa, ed in particolare del medico di famiglia e dei dirigenti ospedalieri, distribuendo le risorse in base a budget predeterminati e collegando il riconoscimento di forme di incentivazione economica all'ottenimento dei risultati gestionali previsti.

Nell'ambito della sperimentazione gestionale deve anche trovare spazio:

1) la individuazione di nuove, più efficaci, modalità di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini;

2) la introduzione di metodologie orientate ad una umanizzazione dell'atto medico e ad un razionale utilizzo delle risorse, anche attraverso il ricorso a nuove modalità operative. Sono opportune, a tale proposito, sperimentazioni mirate su aspetti specifici, quali ad esempio gli interventi di chirurgia ambulatoriale e di breve degenza, già largamente sperimentate in altri paesi per una pluralità di patologie chirurgiche.

Le sedi sperimentali risultano particolarmente idonee, peraltro, anche ai fini della formazione degli operatori coinvolti sia negli aspetti medico-clinici sia in quelli economico-gestionali.

4.E. Sistemi di valutazione e controllo delle attività sanitarie

La rilevanza sociale delle attività erogate dal Servizio sanitario nazionale e l'entità delle risorse occorrenti comportano la necessità di valutare in maniera sistematica l'attività svolta, al fine di verificare se i benefici conseguiti siano congruenti con i costi sostenuti e, quindi, se gli sforzi volti a migliorare l'efficienza e la efficacia del servizio offerto all'utente abbiano raggiunto i risultati desiderati.

Al fine di ottenere un sistema di valutazione in grado di soddisfare questa esigenza è necessario costituire un insieme di indicatori in grado di rilevare i diversi fenomeni da tenere sotto osservazione. Questo sistema deve fornire contestualmente ai diversi livelli decisionali in cui si articola il Servizio sanitario nazionale la possibilità di auto-valutazione rispetto agli obiettivi da conseguire e rispetto alle risòrse consumate, tenendo conto dell'autonomia regionale e rispettando le specificità locali.

Gli indicatori rappresentano delle informazioni selezionate in modo accurato, che aiutano a misurare, in relazione a determinati criteri prioritari, i cambiamenti avvenuti nei fenomeni osservati e, quindi, permettono di monitorare aspetti specifici della politica sanitaria. Il sistema di indicatori, quindi, deve essere finalizzato ad assistere i processi decisionali :

- a livello locale, evidenziando le aree critiche, da sottoporre ad ulteriori analisi specifiche e orientando l'identificazione e l'attuazione di eventuali provvedimenti correttivi;

- a livello regionale e centrale, consentendo la verifica dei criteri adottati per orientare la programmazione sanitaria e l'allocazione delle risorse.

Al fine di consentire lo scambio di informazioni e la valutazione comparativa delle diverse situazioni, dovrà rilevarsi un insieme minimo di informazioni comune a tutte le realtà regionali, ferma restando la piena autonomia delle Regioni di integrarlo con ulteriori fabbisogni informativi specifici per le singole realtà.

Il contenuto di questo insieme di informazioni è definito sulla base dei seguenti criteri principali :

- compatibilità con il modello di erogazione delle prestazioni previsto dalla formulazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria. All'interno di questi sono individuate delle aree relativamente omogenee di offerta sanitaria, quali funzioni assistenziali da monitorare attraverso il sistema di indicatori;

- definizione, all'interno di ciascuna area omogenea, di gruppi di indicatori finalizzati a consentire la

rappresentazione degli aspetti individuati quali principali oggetti della valutazione, ossia:

. domanda/accessibilità alle prestazioni;

. risorse impiegate nel processo di produzione ed erogazione delle prestazioni;

. attività svolte;

. risultati ottenuti.

. qualità delle prestazioni

Coerentemente a tali criteri, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 10 del Decreto legislativo 502/92, verrà sviluppato a livello centrale un sistema di indicatori finalizzato alla verifica e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ai suoi diversi livelli. La individuazione ed istituzione del sistema di indicatori deve costituire, infatti, il frutto di una azione condivisa tra Stato e Regioni, da formalizzare con un apposito decreto ministeriale e l'emamazione di linee di guida in osservanza delle quali i livelli decentrati possano procedere alle opportune verifiche di qualità, anche avvalendosi degli Osservatori epidemiologici regionali.

5. I PROGETTI-OBIETTIVO E LE AZIONI PROGRAMMATE

L'articolo 2 della legge 595/85, definisce "progetto-obiettivo un impegno operativo, idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici delle strutture sanitarie, integrate da servizi socio-assistenziali, al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto".

Secondo lo stesso articolo, "si definisce azione programmata un impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi sanitari, le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto". Queste disposizioni, nell' un caso e nell' altro realizzano il superamento della separazione tra interventi.

Il progetto-obiettivo si distingue dall'azione programmata in quanto postula il coinvolgimento trasversale ed intersettoriale di altre amministrazioni su un'azione di tutela che travalica l'esclusivo ambito sanitario. L'assunzione di un progetto-obiettivo tra gli impegni prioritari del piano sanitario nazionale o di un piano sanitario regionale impegna il governo centrale o regionale a mobilitare, con sinergismo di azioni, tutte le componenti, anche quelle non sanitarie, che possono concorrere a fornire una risposta esauriente ai bisogni.

Le problematiche connesse alle azioni programmate sono di prevalente interesse sanitario, perchè riguardano patologie ed interventi che investono direttamente e in modo preponderante i servizi di assistenza sanitaria e che hanno nell'ospedale un punto di riferimento organizzativo rilevante.

I programmi di piano implicano, a livello locale, una forte integrazione distrettuale, ponendosi il progetto-obiettivo e l'azione programmata come occasioni concrete e immediate per promuovere, sperimentare e dibattere le modalità di integrazione funzionale ed operativa di tutte le figure professionali e dei vari tipi di servizi, sanitari e non.

Per quanto riguarda il finanziamento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate, va sottolineato che le indicazioni del Piano sanitario nazionale individuano aspetti della ordinaria attività istituzionale che ricevono particolare attenzione e comportano il coordinamento funzionale di tutti i servizi e i presidi interessati al perseguimento dell'obiettivo. Quindi gli interventi previsti dai progetti-obiettivo e dalle azioni programmate sono da considerare all' interno dei livelli predetermiati di assistenza e del corrispondente volume di risorse.

In questo caso la riclassificazione del bilancio di previsione per programmi e obiettivi non costituisce soltanto una espressione di programmazione delle attività, ma rappresenta un impegno vincolante nell'uso delle risorse.

Nell'ambito del PSN particolare rilevanza assumono alcune problematiche di salute, non solo per la loro ampia diffusione nel paese, ma anche perchè caratterizzate da situazioni per le quali interventi mirati e coordinati possono consentire di ottenere risultati notevoli anche in una situazione generale di scarsità di risorse. In questa logica, vengono individuati progetti-obiettivo a rilevanza nazionale sostenuti per il triennio da risorse finanziarie, predefinite, eventualmente integrabili da altre rese disponibili dalla finanza regionale e locale.

Nel triennio 1994/1996, i progetti-obiettivo attivabili in modo uniforme sul territorio nazionale sono: "La tutela materno-infantile" e "La tutela della salute degli anziani". Si tratta di due periodi della vita caratterizzati da elevata fragilità e da una grande sensibilità agli eventi vitali ed alla correttezza degli eventuali interventi sanitari.

Si rileva inoltre l'opportunità di emanare, nel corso dello svolgimento dei Progetti-obiettivo ed alla luce delle esperienze maturatesi, apposite linee guida contenenti indirizzi alle Regioni. Inoltre, nell'arco di validità del Piano sanitario nazionale possono essere emanati ulteriori indirizzi alle Regioni su patologie di rilevante interesse clinico e sociale.

Alla programmazione regionale è riservato il compito di individuare le azioni programmate attivabili sul proprio territorio in relazione alle specifiche esigenze locali.

Tra le aree di intervento prioritario, benché non assumano la rilevanza di azioni programmate, sono comprese:

1. la predisposizione di una rete di servizi integrati (sanitari, sociali, assistenziali) finalizzati al recupero, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale dei disabili, in applicazione della legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (legge 104/1992);

2. la completa applicazione della normativa sulle attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati già oggetto di disposizioni a carattere precettivo contenute nella legge 107/1990;

3. la completa attuazione della normativa sulla prevenzione,l'assistenza e la cura delle patologie diabetiche di cui alla legge 115/87, in particolare attivando un sistema integrato fondato su attività di primo e di secondo livello, diffuse sul territorio e su servizi di diabetologia nelle strutture ospedaliere per le casistiche più complesse;

4. la tutela della salute nei luoghi di lavoro, dando sistematica ed organica attuazione a quanto previsto nei livelli uniformi di assistenza sanitaria;

5. la sanità pubblica veterinaria, la quale opera in un contesto normativo che le fa carico, da un lato, di incidere nel comparto

agro-industriale quale elemento di tutela delle produzioni nazionali nel mercato e, dall'altro, di costituire un filtro protettivo per i cittadini-consumatori, garantendo loro la salubrità degli alimenti di origine animale, il controllo delle zoonosi e, più in generale, un corretto rapporto uomo-animale-ambiente. Inoltre, il mercato unico europeo e l'armonizzazione delle politiche comunitarie, anche per quanto concerne gli aspetti sanitari inerenti la commercializzazione degli animali e dei prodotti dagli stessi derivati, costituiscono un elemento di novità di cui la programmazione regionale deve tener conto nella organizzazione delle attività territoriali.

Fatta salva, quindi, la competenza della programmazione regionale nella individuazione delle azioni programmate, a livello nazionale si prevede che nel corso del triennio 1994-96 saranno promosse le seguenti azioni:

. Prevenzione e cura delle malattie oncologiche

. Trapianti d'organo

. Assistenza ai pazienti nefropatici cronici.

5.A. La tutela materno infantile

Negli ultimi decenni, si sono verificati con ritmo accelerato fenomeni di ordine demografico e sanitario (denatalità, riduzione drastica della patologia malnutrizionale e di quella acuta grave da malattie infettive, soprattutto respiratorie e gastrointestinali); nello stesso tempo, compaiono ai primi posti della mortalità, accanto alle cause perinatali, altre cause tra le quali le malformazioni, i traumi, i tumori, le malattie del sistema cardio-circolatorio.

L'indicatore spia dello stato dei servizi di protezione materno-infantile, che e il tasso di mortalità perinatale, era del 17,5 per mille nel 1980 e continua a diminuire: ha raggiunto l'11,0 nel 1989, il 10,4 nel 1990, il 10,5 nel 1991. Nonostante i decrementi, le differenze geografiche permangono: la regione più sfavorita e la Calabria (17,2 per mille), quella piu favorita il Trentino Alto Adige (5,8 per mille).

Obiettivo del progetto-obiettivo è, pertanto, la riduzione del tasso di mortalità perinatale almeno al 10 per mille nelle regioni al di sopra di tale valore.

La strategia di intervento.

La strategia riguarda la realizzazione di una serie di misure dirette a realizzare:

. la prevenzione e l' educazione sanitaria, sia attraverso gli interventi sulla collettività, sia nell' approccio individuale al singolo soggetto;

. interventi educativi in raccordo con le istituzioni scolastiche e con le altre istituzioni che, a vario titolo, sono coinvolte nell' area dell' infanzia e dell' età evolutiva

. la promozione della procreazione cosciente e responsabile e della tutela della gravidanza a rischio;

. la prevenzione ed il controllo delle patologie genetiche;

. l' umanizzazione dei servizi sanitari, a salvaguardia dell' integrità psichica del minore e della madre e degli aspetti relazionali nella famiglia, anche mediante la promozione della ospedalizzazione domiciliare e del day hospital;

. il funzionamento dei servizi in emergenza-urgenza nell' arco delle 24 ore;

. il funzionamento di servizi in grado di garantire globalità e continuità di cura per le emergenti patologie croniche e disabilitanti, idoneamente distribuiti sul territorio nazionale ;

. l' adeguamento della distribuzione territoriale dei servizi di nefrologia e dialisi pediatrica, di oncoematologia pediatrica e per il trapianto di midollo osseo, di cardiologia e cardiochirurgia infantile, di endocrinologia e diabetologia pediatrica, di mucoviscidosi e malattie respiratorie croniche, di malattie genetiche e metaboliche pediatriche, di terapia intensiva e subintensiva, di epatologia pediatrica medica e chirurgica , ivi compresi i trapianti d' organo, delle unità per grandi ustionati in età pediatrica;

. la facilitazione dell' accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad elevata tecnologia.

Gli interventi da compiere nel triennio di validità del Piano riguardano:

. l' individuazione di un'area per l'assistenza pediatrica con caratteristiche strutturali e logistiche adeguate alle esigenze psico-fisiche proprie dell' età evolutiva e con personale con competenza e formazione di tipo pediatrico, in stretta connessione, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero, con le strutture ostetriche e i servizi di assistenza alla gestante;

. l' istituzione e/o l'attivazione del Dipartimento materno-infantile per l'integrazione degli aspetti sanitari e sociali ed il coordinamento delle attività proprie di ciascuna delle sue componenti;

. la qualificazione e la razionalizzazione delle strutture pediatriche ed ostetriche di ricovero localizzate in grandi ospedali, policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, mediante la riconversione in complessi pediatrici polispecialistici, secondo modelli organizzativi di tipo dipartimentale, il potenziamento dei servizi ambulatoriali e semiresidenziali (day hospital, day surgery e centri dedicati alla riabilitazione), l'individuazione di centri regionali per le gravidanze a rischio;

. la de-ospedalizzazione delle attività ostetriche e pediatriche, mediante il potenziamento della rete consultoriale, della pediatria di comunità e di libera scelta; la riconversione delle strutture pediatriche ed ostetriche di ricovero con bassi indici di utilizzazione in servizi di assistenza diurna, di riabilitazione ed ambulatoriali;

. il potenziamento dei servizi per la tutela delle funzioni neuropsichiatriche e della vita di relazione;

. l' integrazione funzionale delle competenze specialistiche presenti ai vari livelli (territoriale, ospedaliero, polispecialistico) per l' assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche e disabilitanti;

. la razionalizzazione dell'assistenza al neonato, comprendente l'adeguata distribuzione territoriale dei servizi di terapia intensiva e subintensiva e l' organizzazione del trasporto di emergenza per il neonato;

. il potenziamento e la adeguata distribuzione territoriale dei servizi per la prevenzione e l' individuazione delle patologie genetiche e l' identificazione dei centri di riferimento regionali;

. l' istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità, a decorrere dal 1994, dei registri epidemiologici nazionali cui confluiscano i dati raccolti dai registri regionali, con priorità per le malformazioni congenite, i tumori infantili e le leucemie, l'insufficienza renale cronica, l'immunodeficienza, l'ipotiroidismo, la fenilchetonuria;

. svolgimento di campagne nazionali di informazione per la tutela della gravidanza e la promozione della salute in età evolutiva;

. generalizzazione delle vaccinazioni antimorbillo, antirosolia, antiparotite, antipertosse;

. predisposizione di un protocollo tecnico-scientifico per il monitoraggio della gravidanza e una cartella unica per il controllo della medesima;

. promozione dello screening delle più rilevanti malattie infettive in gravidanza;

. adeguamento qualitativo e quantitativo della rete dei consultori, con particolare riguardo alle attività di consulenza genetica;

. attivazione o potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) in favore delle famiglie con handicappati gravi in età da 0 a 14 anni;

. identificazione e potenziamento delle strutture destinate alla prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione delle disabilità, attivando o potenziando, in particolare, i servizi di riabilitazione infantile destinati a pazienti in età 0-14 anni;

. organizzazione dell'assistenza ospedaliera d'urgenza garantendo la possibilità di accesso all'assistenza pediatrica di pronto soccorso nell'arco delle 24 ore ed il collegamento funzionale con i presidi di alta specialità per l' emergenza pediatrica.

5.B. La tutela della salute degli anziani

Il Parlamento ha già approvato il 30 gennaio 1992 il Progetto-obiettivo per la Tutela della salute degli anziani, il quale evidenziava sia gli aspetti epidemiologici sia quelli organizzativi. Il presente Piano sanitario nazionale recepisce le indicazioni contenute, considerato che il triennio di validità del Piano coincide con l'ultimo triennio di validità del Progetto.

Obiettivo del progetto e quello di definire modalità per rispondere ai bisogni individuali degli anziani nel quadro delle risorse finanziarie disponibili e per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari, utilizzando una "risposta unitaria e globale", con particolare attenzione alle persone non autosufficienti.

Il progetto-obiettivo recepisce il concetto che scopo precipuo dell' assistenza all' anziano è il mantenimento e il recupero dell' autosufficienza, la cui perdita, secondo la classificazione IDH dell' OMS (1980), è dovuta alla compromissione concomitante di piu fattori, quali il deficit organico, il disagio psico-affettivo e lo svantaggio sociale.

E' pertanto mecessario un approccio globale ed integrato alla persona, che identifichi le diverse componenti della compromissione e consenta la formazione di programmi di intervento individualizzati e continuativi.

Integrazione, flessibilità e continuità sono pertanto le caratteristiche qualificanti dei servizi a favore degli anziani.

<u>Gli interventi da compiere</u>:

1. Interventi prioritari per gli anziani non autosufficienti:

istituire le Unità di valutazione geriatriche (UVG) presso le divisioni di geriatria attualmente esistenti e, in fase sperimentale, in alcune U.S.L.;

attivare o potenziare i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere, entro il 1996, almeno il 2% degli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità;

attivare in via sperimentale, e gradualmente, la Spedalizzazione domiciliare nel 10% dei casi spedalizzabili a regime;

attivare centri diurni di riabilitazione.

2. Interventi di carattere generale per gli anziani ultrasessantacinquenni:

. promuovere a livello nazionale e regionale, mediante apposite iniziative e procedure di carattere legislativo, misure atte a favorire la permanenza degli anziani in famiglia;

. promuovere, con l'adozione delle più opportune iniziative legislative, misure particolari in favore delle famiglie con presenza di anziani non autosufficienti che vengono trattenuti in famiglia benché posseggano i requisiti per l'accoglimento in RSA;

. attivare misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati;

. promuovere la nomina di un tutore esterno, a garanzia della gestione dei beni dell'anziano istituzionalizzato;

. adottare sistemi nazionali uniformi per la valutazione del grado di autosufficienza degli anziani, nonché altri modelli di analisi dei bisogni e delle risposte più opportune di tipo sanitario e socio-assistenziale;

. attivare osservatori permanenti esterni al SSN su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata agli anziani, con l'obbligo di produrre annualmente un rapporto.

Ad integrazione di quanto sopra riportato, previsto dal Progetto obiettivo già approvato dal Parlamento, si ritiene opportuno indicare l' importanza di alcune aree di intervento:

. formazione degli operatori a vari livelli, con particolare riferimento alle problematiche dell' anziano cronico e/o non autosufficiente. Da questo punto di vista è estremamente rilevante la diffusione di una cultura che sappia motivare gli addetti a valorizzare le potenzialità residue;

. interventi curativi e riabilitativi domiciliari, in regime di day hospital o presso centri diurni. Gli anziani ammalati, compresi quelli colpiti da cronicità e da non autosufficienza, devono essre curati senza limiti di durata nelle sedi più opportune, ricordando che la valorizzazione del domicilio come luogo primario delle cure costituisce non solo una scelta umanamente significativa, ma soprattutto una modalità terapeutica spesso irrinunciabile;

. creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi dell' anziano fragile, sotto il coordinamento delle unità di valutazione geriatrica.

Per la attuazione di quanto previsto dal Progetto-obiettivo, il Ministero della sanità ha emanato nell'agosto 1992 apposite linee guida.

Sono state, inoltre, distribuite alle Regioni le risorse destinate alle attività di assistenza domiciliare agli anziani e, parallelamente, e stato attivato a livello centrale un sistema di monitoraggio degli interventi adottati a livello regionale e locale, finalizzato a verificare periodicamente i risultati ottenuti.

Al fine di predisporre le indicazioni relative alla assistenza agli anziani da inserire nel prossimo Piano sanitario nazionale (1997-1999), entro la fine del primo biennio di validità del presente Piano sanitario (1995) dovrà essere effettuata una valutazione complessiva dei risultati conseguiti con la attuazione del Progetto-obiettivo.

5.C. Azioni programmate in materia di trattamento di alcune patologie emergenti

5.C.1. Prevenzione e cura delle malattie oncologiche

La mortalità per cancro è in continuo aumento: se l'attuale progressione dovesse continuare, nel 2000 un italiano su tre si ammalerà di cancro in un momento della sua vita.

Nel 1991 nel nostro Paese sono stati rilevati circa 153. 000 decessi per tumore. Si è stimato che nel 1993 vi saranno oltre 160.000 decessi e che i casi di incidenti (nuovi casi diagnosticati) saranno oltre 270.000 con 770.000 casi prevalenti (persone vive portatrici di tumore).

Dai dati ISTAT relativi al 1989 si desume che i ricoveri per tumore in quell'anno sono stati circa 800.000 con una degenza media di 16,2 giorni per paziente, comportando quindi circa 12.960.000 giornate di degenza con circa il 10% dei ricoveri al nord, il 9% al centro e il 15% al sud.

Esiste la possibilità di avviare interventi di prevenzione per i tumori che risultano correlati a fattori ambientali e comportamentali.

Allo stato attuale, tenuta presente l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria, nonché una migliore utilizzazione delle terapie disponibili, si potrà ottenere una riduzione del 15-20% della mortalità da neoplasie.

La strategia

La strategia riguarda la realizzazione di una serie di misure dirette a realizzare:

- costituzione di una Commissione nazionale per l'oncologia;

- potenziamento dell'attività di osservazione epidemiologica;

- iniziative di prevenzione primaria e di educazione sanitaria;

- interventi per la diagnosi precoce delle neoplasie a maggior diffusione;

- potenziamento e riorganizzazione delle strutture oncologiche;

- incentivazione di attività di ricerca oncologica e biotecnologica;

- formazione e l'aggiornamento del personale,

Gli interventi da compiere.

- elaborazione di linee guida per la prevenzione da rischi ambientali e comportamentali con interventi di informazione per la popolazione in collaborazione con la Lega italiana per la lotta contro i tumori prevedendo specifiche azioni legislative contro il fumo di tabacco;

- rilevamento e raccolta dei dati sulla incidenza di malattia e di mortalità tramite gli osservatori epidemiologici regionali con messa a punto di mappe di rischio oncogeno in collaborazione con i servizi di medicina del lavoro e igiene pubblica delle U.S.L. e gli IZS;

- interventi di prevenzione secondaria delle neoplasie di maggior rilievo sociale e per cui è dimostrata l'efficacia dell'intervento (programma nazionale di screening per neoplasie della cervice uterina, mammella e colon-retto);

- migliore valutazione della qualità della diagnosi, terapia e riabilitazione con l'adozione di specifici protocolli;

- elaborazione e diffusione di protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie neoplastiche a maggiore diffusione (polmone, mammella, colon-retto, prostata, linfomi e leucemie, utero e ovaio);

- completamento dell' istituzione dei registri tumori su tutto il territorio nazionale;

- attivazione di Osservatori di nocività ambientale con la collaborazione dei Servizi di Prevenzione delle USL e degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (I.Z.S.);

- potenziamento dei servizi di base realizzando una fattiva collaborazione dei medici di medicina generale;

- definizione delle attività che devono essere svolte dai servizi socio-sanitari specialistici (poliambulatori per consulenze specialistiche) e loro distribuzione territoriale;

- iniziative filtro di assistenza domiciliare e di ospedalizzazione a domicilio (ivi comprese competenze di riabilitazione e terapia antalgica);

- servizi ospedalieri integrati medico-chirurgici con un Servizio di oncologia medica;

- costituzione di poli oncologici per svolgere attività integrata interdisciplinare, il cui nucleo essenziale deve essere costituito da radioterapia, chirurgia ed oncologia medica. Tali poli dovranno garantire anche prestazioni di terapia antalgica, attività di riabilitazione oncologica, nonché assistenza qualificata ai malati terminali. Potranno essere costituiti in seno al polo oncologico centri per specifiche patologie neoplastiche, garantendo la collaborazione dei necessari servizi diagnostici;

- incentivazione, con appositi finanziamenti, di centri di ricerca per studi di oncologia sperimentale;

- verifica delle strutture oncologiche, della loro utilizzazione e del loro funzionamento;

- formazione e aggiornamento dei medici, degli odontoiatri e degli infermieri e verifica periodica dei livelli di apprendimento.

5.C.2. I trapianti d'organo e di tessuto

In tutte le Regioni italiane si registrano liste di attesa per il trattamento di patologie incompatibili con la sopravvivenza. Tra queste spicca l'attesa per trapianti di organo. Solo considerando i pazienti nefropatici, dei circa 30.000 in dialisi in Italia, si stima che circa 10.000 siano in attesa di trapianto renale; la lista d'attesa aumenta negli anni, perché gli interventi sono ampiamente insufficienti a soddisfare il fabbisogno: nel 1991, ad esempio, sono stati trapiantati con organi da cadavere 581 pazienti (meno del 10% della lista d'attesa). Il problema e ancora più drammatico per i pazienti in attesa di trapianto di cuore e di fegato, i quali, a differenza dei pazienti affetti da insufficienza renale, non hanno terapie alternative al trapianto. La sopravvivenza a 24 mesi dei pazienti in lista per trapianto cardiaco è del 34%, ma una quota rilevante decede entro i primi sei mesi d'attesa. Anche in questo caso, il numero di trapianti è inadeguato ed il divario tra lista d'attesa e trapiantati aumenta progressivamente. I dati per il trapianto epatico sono altrettanto gravi : il numero di interventi in Italia nel 1991 è stato di 157 con un fabbisogno annuo stimato attorno a 400 malati. La sopravvivenza in lista d'attesa e del 35%. Vi sono soprattutto categorie di pazienti "critici" (bambini molto piccoli, pazienti in attesa di trapianto di polmone o in attesa di ritrapianto, pazienti affetti da epatite fulminante o pazienti immunizzati) per i quali il tempo in attesa è particolarmente drammatico.

La strategia

I lunghi tempi d'attesa per trapianto comportano elevata mortalità, scadente qualità di vita e, nel caso dei pazienti renali, prolungate e costose terapie sostitutive. Verrà quindi adottato un Piano nazionale per il reperimento e il trapianto di organi, attraverso l'emanazione di un apposito decrèto ministeriale, che consenta la riduzione dei programmi multiregionali a tre, ciascuno con il proprio Centro interregionale di riferimento, coordinati da un Centro nazionale di coordinamento tecnico, attivo 24 ore su 24, che operi come controllore della gestione e della qualità. Esso svolge, oltre ai compiti del Centro nazionale di riferimento stabiliti dal D.P.R. 409/77, le seguenti funzioni:

- definisce protocolli di lavoro (trattamento donatore, prelievo organi, assegnazioni organi) assieme alle Unità Operative;

- centralizza le liste di attesa per tutti gli organi;

- riceve dai Centri interregionali di riferimento le segnalazioni dei pazienti urgenti (ritrapiantati, epatiti fulminanti, bambini, immunizzati);

- riceve dai Centri interregionali di riferimento le segnalazioni dei potenziali donatori d'organo;

-assegna prioritariamente gli organi per le urgenze e, in assenza di queste, verifica che l'assegnazione da parte dei Centri interregionali di riferimento avvenga secondo i protocolli;

- mantiene i contatti con i Centri di coordinamento stranieri;

- imposta campagne nazionali di educazione dei medici e della popolazione.

I Centri di riferimento interregionali sono non più di tre; le Regioni in piena autonomia si aggregano tra loro a questo fine.

Come definito dalla Legge 644 del 1975, i Centri interregionali di riferimento hanno, tra gli altri, i seguenti compiti: gestire le liste d'attesa; ricevere le segnalazioni dei potenziali donatori; effettuare indagini immunologiche pre-trapianto; certificare l'idoneità del donatore per l'assenza di rischio di trasmissione di infezioni da HIV e virus dell'epatite; assegnare gli organi; organizzare il prelievo, il trapianto ed il trasporto; raccogliere i dati relativi al ricevente, al donatore ed al trapianto; gestire un programma di miglioramento della qualità. I Centri interregionali di riferimento rappresentano di fatto le strutture operative responsabili di questa attività nei territori regionali e, pertanto, in grado di sopperire alle carenze che a livello locale ostacolano il reperimento degli organi. I Centri di riferimento hanno la facoltà di individuare e addestrare in modo specifico i cosiddetti "Transplant Coordinators", rianimatori che hanno il compito di fare da supporto nell'identificare i potenziali donatori, nell'impostare il trattamento, organizzare il prelievo, tenere i rapporti con i familiari, nonché con il Centro di riferimento e risolvere i vari problemi organizzativi che il reperimento degli organi può determinare.

Gli interventi da compiere

Nel corso del triennio 1994-1996 dovrà essere istituita una serie di aree di collaborazione tra reparti ospedalieri, identificando un ospedale di riferimento dotato di neurochirurgia e relativa rianimazione. Dovranno, altresì, essere istituite Commissioni Medico Legali al servizio di una area, piuttosto che di un singolo ospedale, in modo tale da contenerne i costi. Le Regioni dovranno, inoltre, investire nella formazione del personale, specie di quello delle rianimazioni, e mettere in atto interventi finalizzati a sostenere la motivazione del personale.

I Centri di trapianto autorizzati, selezionati in funzione della disponibilità degli organi e della qualità delle prestazioni, dovrebbero eseguire più tipi di trapianto in modo da concentrare le esperienze e da utilizzare al meglio i servizi di supporto (laboratori, radiologia, terapia intensiva, consulenza specialistica). L'autorizzazione deve avere una durata definita ed

il suo rinnovo essere vincolato al raggiungimento di standards predefiniti.

La qualità dei pochi trapianti eseguiti in Italia e decisamente buona, con una sopravvivenza a tre anni dell'80% per il trapianto di rene , e rispettivamente del 78 e del 73% del paziente trapiantato di cuore e di fegato; l'Italia pero e in ultima posizione con 5,5 prelievi per milione di abitanti contro ai 18 dell'Eurotrasaplant e ai 22 della Spagna.

Pertanto e necessario:

- promuovere, potenziare e diffondere le attività di prelievo da cadavere,

- razionalizzare, completare, ottimizzare la rete dei centritrapianto su tutto il territorio nazionale,

- verificare e valutare l'attività -

- svolgere iniziative di formazione e di aggiornamento del personale delle rianimazioni, terapie intensive e pronto soccorso, nonchè dei medici di base.

- promuovere campagne di educazione sanitaria volte a sensibilizzare la popolazione verso la donazione degli organi

Saranno resi operativi presso l' Istituto Superiore di Sanità il Centro nazionale di riferimento e la Consulta tecnica permanente di cui all' art. 14 della legge 644/75 e all' art. 13 del DPR 409/77 con il compito di coordinamento a livello centrale per lo sviluppo e l' ottimizzazione dell' attività di prelievo e di trapianto. Su proposta della Consulta, il Centro nazionale di riferimento svolge anche funzioni di coordinamento, a livello centrale, per lo sviluppo e l' ottimizzazione dell' attività di prelievo e di trapianto. Le regioni stabiliscono accordi di collaborazione tra i propri centri di riferimento, finalizzati al conseguimento di un maggior coordinamento delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti in area più ampia per favorire lo sviluppo e la qualificazione degli interventi.

Un Piano analogo a quello relativo al trapianto degli organi deve essere previsto anche per il coordinamento, il reperimento ed il trapianto di tessuti da cadavere, quali la cornea, l'osso e le valvole cardiache.

5.C.3. Assistenza ai pazienti nefropatici cronici

Ogni anno oltre 5.000 cittadini italiani iniziano un trattamento dialitico cronico. Alla data del 31 dicembre 1991 risultavano in trattamento 34.824 pazienti: 6.339 con un trapianto renale funzionante e 28.485 in dialisi, dei quali, il 10.3 % in trattamento dialitico domiciliare e il 12.2 % in centri ad assistenza limitata.

La dotazione di posti di dialisi risultava al 31 dicembre 1990 pari a 145 per milione di abitanti, con un ampio range di variazione tra le diverse Regioni, compreso tra un minimo di 102.3 ed un massimo di 249.6 per milione di abitanti.

A tale varietà di dotazione strutturale corrisponde un'ampia variabilità nell'utilizzo delle strutture: il tasso medio di utilizzazione nelle strutture pubbliche è di 3.21 pazienti per posto di dialisi, con un range compreso fra 1.96 e 3.74.

Le uscite dal programma di dialisi sono risultate pari al 9.5 % in seguito a mortalità, mentre il trapianto renale incide ancora in maniera marginale: i trapianti di rene eseguiti in Italia nel corso del 1991 sono stati 581, cui si aggiungono 312 trapianti effettuati all'estero.

Ne consegue un incremento annuo del fabbisogno di trattamenti dialitici pari a 1.700/1.800 pazienti.

Ampiamente variabile tra le diverse Regioni è la proporzione dei trattamenti dialitici che sono erogati in strutture private: alla media nazionale del 27.4 % corrispondono proporzioni pari a 1.9 % nelle Regioni del Nord e a 56.7 % nelle Regioni del Sud, con valori massimi che si registrano in Campania (87.3 %) e in Sicilia (79.2 %).

Strategia di intervento.

Gli interventi previsti si ispirano al criterio di erogare la miglior assistenza possibile al livello attuale dello sviluppo tecnologico e al minor costo finanziario e sociale.

Conseguentemente, gli obiettivi individuati in via prioritaria sono i seguenti:

. promozione della attività di prevenzione e di diagnosi precoce delle nefropatie;

. diffusione delle consulenze nefropatiche e degli ambulatori di nefrologia nel territorio;

. diffusione delle unità operative di nefrologia;

. organizzazione della rete regionale integrata dei servizi per il trattamento dialitico;

. collegamento funzionale delle strutture ambulatoriali e di dialisi alle unità ospedaliere di nefrologia, quali unità di riferimento e valutazione per ogni bacino di utenza;

. potenziamento delle attività di trapianto renale.

3. Interventi da compiere.

3.1. Attivare una rete di unità operative e di ambulatori di nefrologia.

3.2. Coinvolgere i servizi di base in attività di rilevazione delle situazioni a rischio, con particolare riferimento a quelle ereditarie ed a quelle connesse con l'esposizione occupazionale a sostanze nefrotossiche, anche allo scopo di controllare periodicamente i soggetti a rischio, al fine di diagnosticare in fase precoce le patologie nefrologiche.

3.3. Organizzare la rete dei servizi dialitici su quattro livelli:

- centri ospedalieri ad elevata assistenza, finalizzati al trattamento dialitico dei pazienti di particolare complessità, alla dialisi contumaciale per i pazienti AgB e/o AgC positivi e HIV positivi, all'addestramento dei pazienti alla dialisi autogestita e domiciliare, all'addestramento e all'aggiornamento del personale medico e infermieristico anche delle sedi periferiche e ad assistenza limitata;

- strutture di dialisi decentrate in altre sedi ospedaliere, funzionalmente aggregate alle unità operative di nefrologia di riferimento;

- strutture di dialisi ad assistenza limitata, finalizzate al trattamento di pazienti addestrati all'autogestione, che non richiedano la presenza costante di personale medico; queste strutture al termine del trienniio dovrebbero trattare il 15% dei pazienti;

- attività di dialisi domiciliare -sia extra-corporea sia peritoneale-, con l'obiettivo, al termine del triennio, di trattare a domicilio il 15% dei pazienti.

Per quanto riguarda il personale per l'attività dialitica, vanno fissati degli standard collegati al numero dei pazienti in trattamento e non al numero di posti dialisi, tenedo conto delle attività extramurarie (dialisi decentrata, assistenza limitata, domiciliare) e delle particolari esigenze della dialisi contumaciale e per acuti.

3.4. Realizzare -quale complemento necessario alla assistenza dialitica prestata nei presidi ospedalieri e nei centri dialisi ad assistenza limitata- un servizio di trasporto dal domicilio al centro e viceversa per i pazienti non autosufficienti e prevedere forme di rimborso spese per coloro che possono usufruire di mezzi propri.

3.5. Tenuto conto che i pazienti in trattamento dialitico che hanno superato i 65 anni di età rappresentano oltre il 40% del totale, istituire, nell'ambito della programmazione regionale, presso Residenze sanitarie assistenziali, Centri di dialisi extra-corporea e peritoneale, nonché servizi di day-hospital per pazienti in dialisi peritoneale periodica domiciliare, funzionamente aggregati alla Unità operativa di nefrologia di riferimento.

3.6. Attivare campagne di informazione e di sensibilizzazione relativamente alla rilevanza del prelievo di organi da cadavere a scopo di trapianto. Incentivare la partecipazione dei servizi di rianimazione al programma di trapianto.

3.7. Razionalizzare, completare e potenziare la rete dei servizi di trapianto renale.

3.8. Svolgere iniziative di formazione e di aggiornamento professionale per gli operatori dei servizi di nefrologia, dialisi e trapianto renale.

6. LE ESIGENZE PRIORITARIE PER LA RICERCA SANITARIA

Nell'ambito degli obiettivi specifici per raggiungere la condizione di "salute per tutti nell'anno 2000", l'O.M.S. pone la ricerca al centro delle strategie di politica sanitaria. Il S.S.N. intende conformarsi a questa scelta e dare nell'ambito delle proprie funzioni un grande impulso alla ricerca, soprattutto per fruire delle ricadute in termini di innovazione.

Il S.S.N. riconosce l'autonomia dei diversi centri di ricerca a livello universitario, del Consiglio Nazionale delle Ricerche e di altri organismi pubblici o privati. Spetta pero al S.S.N. esercitare un ruolo di indirizzo, perchè l'insieme degli sforzi possa aiutare a raggiungere gli obiettivi in questo Piano. Da questo punto di vista i progetti finalizzati del C.N.R. hanno costituito un tentativo di grande significato, sebbene si ravvisi l' opportunità di un loro più determinato collegamento con i grandi temi della salute nel nostro paese.

Il S.S.N. afferma il proprio interesse anche per la ricerca di base, che pur non rappresentando uno specifico settore d'intervento del sistema stesso, è un'area trainante poichè crea nuove prospettive culturali, fornisce nuovi strumenti ed induce gli operatori ad accettare l'innovazione come metodo anche all'interno delle strutture sanitarie.

Il S.S.N. esercita direttamente attività di ricerca attraverso le proprie strutture, l'ISS, l'ISPESL, nonchè gli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali e i centri di ricerca per l'erogazione delle prestazioni sanitarie d'alta specialità e per ricerche sulle tecnologie e biotecnologie sanitarie. Con questi strumenti vengono privilegiati in particolare i grandi temi che riguardano le modalità per mettere a disposizione del pubblico un sistema moderno, organizzato secondo regole gestionali avanzate. A questo fine una parte preponderante degli investimenti dovrà essere dedicata alla sperimentazione, con particolare riguardo alle modalità innovative per l'organizzazione dei servizi, attraverso sistemi a rete, caratterizzati da un forte supporto telematico e da livelli integrati di automazione.

La sperimentazione deve accompagnarsi ad una notevole capacità di valutazione della qualità del servizio, attraverso la messa a punto di tecnologie di rilevazione sensibili e specifiche. All'interno dei servizi viene data una particolare attenzione all'organizzazione dell'assistenza alle "nuove" patologie (malattia di Alzheimer, AIDS, ecc.) e all'impiego delle nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche (ad es. imaging cerebrale, trapianti, ecc.).

Il S.S.N. privilegia ricerche volte a:

a) perfezionare le conoscenze sull'epidemiologia e sui fattori di rischio delle malattie ad elevato tasso di mortalità, particolarmente invalidanti, ad elevata ereditarietà e/o ad eziopatogenesi sconosciuta;

b) caratterizzare le condizioni (habitat, ambiente di lavoro, ecc.) ad elevato rischio per la salute dei cittadini, con specifica attenzione alla identificazione di condizioni di danno preclinico, la cui rilevazione permetterebbe interventi mirati e precoci;

c) indicare le modalità per fornire adeguate risposte ai cittadini, con particolare riguardo a coloro che sono affetti da malattie croniche. Le dinamiche biologiche, cliniche, psicologiche e relazionali della cronicità rappresentano un aspetto di interesse centrale, per la rilevanza dinamica dei fenomeni, per il carico di sofferenza che accompagna queste malattie e per la relativa trascuratezza che le ha caratterizzate anche negli anni piu recenti;

d) supportare ambiti della sofferenza del cittadino ammalato che potrebbero essere definiti orfani, in quanto poco studiati sul piano fisiopatologico e terapeutico, in conseguenza della loro rarità e quindi della scarsa rilevanza rispetto ad interessi commerciali o di prestigio;

e) misurare l'efficienza e l'efficacia dei servizi, attraverso specifiche metodologie, con particolare riguardo alle modalità con le quali il cittadino recepisce soggettivamente il servizio stesso;

f) sostenere il progresso tecnologico (sia in ambito clinico-farmaceutico che clinico-diagnostico, fisico e meccanico), con particolare riguardo all'innovazione di cui si possa prevedere una forte ricaduta sull'insieme del S.S.N.

g) individuare modelli organizzativi e gestionali innovativi per l'erogazione delle attività del S.S.N.

Il settore della ricerca sanitaria implica sistematici rapporti tra le strutture di ricerca operanti a livello nazionale (I.S.S.; I.S.P.E.S.L.; C.N.R.; etc.) e le strutture sanitarie e di ricerca presenti in ambito regionale in un'ottica di continuo scambio di conoscenze ed esperienze. Le regioni svolgono un ruolo importante nel facilitare tali contatti, pur nella chiarezza delle specifiche competenze e responsabilità. Gli operatori del S.S.N. di tutti i livelli devono partecipare alle attività di ricerca con ruoli predominanti, garantendo che il loro lavoro, caratterizzato da un'ampia disponibilità di casistiche cliniche, sia rivolto al raggiungimento di obiettivi significativi.

Da questo punto di vista è importante ricordare che la ricerca contemporanea richiede dimensioni economiche ed organizzative non indifferenti, per cui solo volumi di lavoro adeguati, raggiungibili attraverso la collaborazione di più gruppi, danno la garanzia che il rapporto costo-beneficio dei progetti di ricerca sia nettamente a favore del beneficio.

Nel campo della ricerca sanitaria l'Italia presenta punte di livello qualitativo molto elevato ed aree di notevole arretratezza. Pur non ritenendo possibile arrivare ad un'omogeneizzazione attraverso interventi programmatori -nulla infatti più della ricerca è strettamente legato a condizioni storico-culturali difficilmente controllabili- è necessario ricordare che un atteggiamento aperto alla ricerca costituisce un punto di forza per tutto il S.S.N., anche nelle aree più depresse. D'altra parte l'esperienza delle cattedrali nel deserto, costosissime sul piano economico ed assolutamente irrilevanti sul piano produttivo, deve impedire qualsiasi aritificioso progetto che rischia di creare ancora peggiori guasti.

7. GLI INDIRIZZI RELATIVI ALLA FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'Organizzazione mondiale della sanità individua nella formazione e nell'aggiornamento del personale uno dei contributi fondamentali al perseguimento del programma "salute per tutti".

Nel nostro Paese si ritiene necessaria una integrazione sempre più accentuata tra S.S.N. e sistemi formativi. Pur riconoscendo l'autonomia dell'università rispetto ad alcuni compiti di impostazione del processo di formazione, vi e largo spazio nell'utilizzazione di conoscenze teoriche e pratiche presenti all'interno del sistema sanitario. Il livello diffuso di conoscenze raggiunto dagli operatori del S.S.N. e ulteriormente valorizzato dal concorso alla formazione di altro personale, con un procedimento attraverso il quale l'insegnamento rappresenta una tappa importante anche dell'autoformazione.

In materia di formazione del personale, il triennio 1994-96 vede l'Italia impegnata nel recepimento di due importanti direttive comunitarie relative ai neo-laureati in medicina. La prima riguarda i medici indirizzati alla pratica della medicina generale, la loro formazione di base ed il tirocinio teorico-pratico, propedeutico al loro ingresso nel Servizio sanitario nazionale. La seconda riguarda invece gli specializzandi, a proposito dei quali va sottolineato il ruolo delle Regioni nella programmazione del fabbisogno, insieme con l'Università. L'indirizzo al riguardo consiste nel tendere alla progressiva eliminazione della attuale pletora di tipologie di specializzazioni, concentrando le scelte sulle principali discipline riconosciute a livello comunitario. Inoltre, disponendo il Servizio sanitario nazionale di strutture e di personale idonei allo svolgimento di attività didattico-formativa per i medici specializzandi, una ulteriore indicazione consiste nel coinvolgimento, da parte delle Regioni, degli istituti di ricovero e del personale sanitario ospedaliero nel processo formativo degli specializzandi, utilizzando l'occasione del recepimento della direttiva comunitaria, e della conseguente necessaria collaborazione con l'Università, quale positiva opportunità di impegno e di crescita professionale.

Una ulteriore novità in materia di formazione del personale che può comportare un impatto notevole sul Servizio sanitario nazionale è costituita dalla attivazione dei corsi per il rilascio dei diplomi universitari. Essendo previste diverse figure professionali con formazione universitaria breve suscettibili di interessare il Servizio e di contribuire ad elevarne il livello di efficienza e di qualità operativa, il fenomeno merita di essere seguito con attenzione nonché, ogni qualvolta risulti possibile, stimolato ed assecondato. Quando il contenuto dei corsi si dimostri utile ai fini dell'attività svolta nell'ambito del Servizio, è opportuno favorire, a livello regionale e locale, la partecipazione dei dipendenti, così da accrescerne la preparazione

e rendere più qualificato il loro impegno professionale nella conduzione tecnica dei servizi.

L'aggiornamento professionale rappresenta un obiettivo da perseguire con forte impegno nella dimensione regionale e locale, al fine di far ulteriormente progredire il livello di preparazione, il coinvolgimento professionale e la propensione ad assumere responsabilità di tutto il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale.

A tale riguardo, nel triennio 1994-1996 la priorità deve essere data alle esigenze formative della dirigenza e dei quadri intermedi di tutti i ruoli. La transizione da un sistema centralistico ad uno nuovo fondato su responsabilità distinte, ma coordinate, tra l' autorità centrale ed i governi regionali, la adozione di nuovi compiti e responsabilità gestionali, il passaggio dalla remunerazione dei fattori di produzione alla remunerazione del prodotto richiedono una autentica riconversione delle risorse umane. Nel nostro Paese operano centri qualificati dotati delle competenze professionali, tecniche e tecnologiche in grado di contribuire alla gestione di questo processo.

Saranno definite linee di indirizzo per l'accreditamento delle iniziative da promuovere nell' ambito delle attività della Agenzia per i servizi sanitari regionali istituita presso il Ministero della sanità al fine di evitare comportamenti dispersivi, orientando invece il processo formativo a fornire al personale dirigente:

. un approccio alla gestione orientata al raggiungimento di obiettivi più che alla esecuzione dei compiti;

. una padronanza nella conduzione di strutture aziendali fondata su criteri della gestione economica;

. una competenza nell'impiego di risorse umane e strumentali e di metodologie e tecniche organizzative supportate dalle nuove tecnologie telematiche ed informatiche;

. una capacità di valutazione della qualità dei servizi resi e dell'efficienza del sistema.

Devono considerarsi destinatari delle attività di formazione per il management tutti quegli operatori i quali, ai vari livelli di governo della sanità pubblica, sono responsabili della adozione di scelte allocative. Non soltanto i responsabili della gestione, quindi, ma anche i medici, che detengono enormi responsabilità nelle decisioni relative alla allocazione delle risorse, gli infermieri e le altre professioni. In una prima fase di attivazione dei programmi di formazione manageriale, appare

comunque opportuno concentrare gli sforzi sui ruoli dirigenziali, legittimati alla formulazione di indicazioni e decisioni sulla allocazione delle risorse. Obiettivo di più lungo periodo deve essere quello di inquadrare la formazione manageriale in un'ottica di sviluppo del management a livello locale, che coinvolga la generalità delle categorie professionali e dei livelli decisionali operanti nell'ambito del Servizio.

Operativamente, la strategia per la formazione manageriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale deve essere orientata a:

- prevedere una programmazione a livello nazionale e regionale delle attività di formazione per il management, al fine di adattare l'offerta di corsi ed attività formative al fabbisogno quantitativo e qualitativo specifico di ciascuna Regione;

- definire ed individuare, a livello nazionale, regionale e locale, le responsabilità in materia di formazione manageriale;

- garantire lo svolgimento di corsi mirati, finalizzati non esclusivamente alla diffusione di conoscenze di natura teorica quanto, piuttosto, allo svolgimento delle attività di insegnamento in contesti operativi concreti;

- prevedere una valutazione costante, a livello regionale e locale, dei risultati delle attività di formazione;

- prevedere la collaborazione tra servizi sanitari e università nelle fasi di definizione, attuazione e valutazione delle strategie formative.

Una ulteriore indicazione in materia di aggiornamento professionale riguarda il personale volontario, al quale indirizzare idonee iniziative di formazione ed aggiornamento al fine di ottimizzarne il contributo al buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

8. I CRITERI DI FINANZIAMENTO E DI ACCREDITAMENTO DELLE ISTITUZIONI SANITARIE

Il decreto legislativo 502/92 innova profondamente il modello di erogazione delle prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Da un lato, è prevista una pluralità dei soggetti erogatori che possono operare all'interno del Servizio e tra i quali i cittadini hanno piena libertà di scelta; dall'altro, viene introdotto un sistema uniforme per il pagamento delle prestazioni. Con la sola esclusione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, tutti i fornitori di prestazioni sanitarie verranno remunerati sulla base di tariffe predeterminate, fissate a livello regionale secondo criteri generali stabiliti a livello nazionale e valide su tutto il territorio regionale, per tutti gli erogatori, pubblici e privati, distinti per classe di appartenenza in funzione di alcune caratteristiche individuate a livello nazionale.

Il passaggio a questo nuovo modello di finanziamento mira ad introdurre anche all'interno del Servizio sanitario nazionale dei meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessivo nell'utilizzo delle risorse. Obiettivo del sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, che remunera il prodotto fornito e non più i fattori produttivi impiegati, è infatti da un lato, quello di incentivare i livelli di efficienza dei singoli produttori di prestazioni sanitarie e, dall'altro, quello di tendere ad un miglioramento generalizzato dei livelli qualitativi delle prestazioni erogate. I fornitori di prestazioni al Servizio sanitario nazionale, tanto quelli pubblici quanto quelli privati, verranno remunerati solo in proporzione alla attività effettivamente svolta a beneficio degli assistiti. Conseguentemente, al fine di riuscire a massimizzare il margine tra tariffa e costo medio di produzione delle prestazioni, essi dovranno tendere ad ottimizzare i propri processi produttivi e quindi a minimizzare i costi unitari, pur mantenendo adeguati standard qualitativi.

Se questi sono i vantaggi attesi dalla introduzione di tali nuove "regole degli scambi" all'interno del Servizio sanitario nazionale, non vanno tuttavia sottovalutati i rischi ad esse associati, per contrastare i quali e fondamentale attivare, ai vari livelli di governo della sanità, adeguati meccanismi di controllo.

Innanzitutto, l'apertura ad uno spettro più ampio di erogatori rende impellente l'avviamento di appropriate procedure per l'accreditamento delle singole strutture o i singoli servizi, pubblici e privati, che vogliano esercitare attività sanitaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. La omologazione ad esercitare può essere acquisita se la struttura o il servizio dispongono effettivamente di dotazioni strumentali, tecniche e professionali corrispondenti a criteri definiti in sede nazionale. Si dovrà pertanto provvedere, a livello regionale, ad adottare strumenti normativi con i quali si prevedano le modalità per la

richiesta dell'accreditamento, la concessione, la eventuale revoca e gli accertamenti periodici.

In secondo luogo, saranno adottate, a livello regionale e di Unità sanitaria locale procedure di controllo mirate rispetto agli "incentivi perversi" tipicamente associati al sistema di remunerazione a prestazione. In particolare, le Regioni assicuranno la attivazione presso ciascuna Azienda sanitaria di specifici sistemi di controllo finalizzati a contrastare la tendenza, da parte degli erogatori, a:

1) moltiplicare le prestazioni (ad esempio, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, procedendo a dimissioni anticipate e ri-ricoveri successivi);

2) selezionare la casistica trattata in maniera da erogare prevalentemente le prestazioni più remunerative;

3) modificare la denominazione delle prestazioni erogate; etc.

I controlli dovranno verificare, in particolare, aspetti quali la correttezza della compilazione degli strumenti informativi e in particolare della scheda di dimissione ospedaliera.

A livello di strutture di produzione ed erogazione delle prestazioni saranno attivati processi di controllo di gestione, tali da consentire di disporre delle informazioni e delle procedure analitiche dei processi produttivi interni necessarie a conoscere, e quindi a gestire, l'impatto della introduzione del finanziamento su base tariffaria e, più in generale, a supportare il perseguimento della massimizzazione della efficienza interna.

9. FINANZIAMENTO LIVELLI DI ASSISTENZA

Il Piano Sanitario Nazionale, nell' indicare i livelli uniformi di assistenza, deve anche verificare che essi siano rapportati "al volume delle risorse a disposizione".

detta prescrizione nasce dall' esigenza di:

- definire in maniera inequivoca quali attività sono finanziabili a carico del Fondo sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità economiche;

- garantire alle regioni certezza di finanziamento, responsabilizzandole per spese compiute in eccesso al finanziamento capitario per cittadino residente, al netto della compensazione per mobilità sanitaria e dell' eventuale finanziamento aggiuntivo del fondo di riequilibrio, ove spettante.

E' da considerare, inoltre, che l' obbligo di legge è di procedere al riparto del Fondo sanitario per quote capitarie ragguagliate ai livelli uniformi di assistenza.

Il nuovo criterio è stato già utilizzato per la ripartizione del Fondo sanitario degli anni 1992 e 1993, stabilendo per quest' ultimo anno i seguenti parametri capitari di finanziamento dei livelli uniformi di assistenza:

- prevenzione	£. 78.350
- assistenza sanitaria di base	£. 315.540
- assistenza specialistica e semiresidenziale territoriale	£. 159.500
- assistenza ospedaliera	£. 819.430
- assistenza residenziale sanitaria	£. 85.570
- attività di supporto	£. 66.830
Quota capitaria	£.1.525.220

Detta quota capitaria risulta ragguagliata a livelli assistenziali attestati, in misura realistica, su livelli medi, con la considerazione che i parametri capitari di ciascun livello non sono da ricondurre a valori assoluti di riferimento ma a valori medi di finanziamento. Questi possono legittimamente oscillare in modo differenziato in rapporto ai diversi modelli organizzativi localmente adottati e alla correlazione di complementarietà e sostituibilità tra le diverse forme di intervento assistenziale.

Per l' anno 1994, tenendo conto delle indicazione della legge finanziaria - che prevedono riduzioni di spesa per £. 5.415 miliardi - e delle conseguenti ricadute sui livelli di assistenza, la quota capitaria può essere determinata in lire 1.495.000.

Per gli anni 1995 e 1996, il fabbisogno per i livelli di assistenza, calcolato con criteri proiettivi, porta alla determinazione delle seguenti quote capitarie:

- 1995 £. 1.532.400 (1.495.000 + 2,5 %)
- 1996 £. 1.563.000 (1.532.400 + 2,0 %)

Queste quote sono da ritenere valide solo in assenza di:

- rinnovi contrattuali e di rapporti convenzionali o di eventuali oneri aggiuntivi derivanti da ulteriori disposizioni legislative;

- possibili effetti positivi conseguenti all' attuazione delle indicazioni di cui alla legge 412/91 e al decreto legislativo 502/92 che potranno produrre vantaggi economici a misura che verranno rimosse le cause di talune diseconomie di sistema.

Le stesse quote capitarie potranno essere oggetto di revisione in conseguenza del riflesso sul Fondo sanitario nazionale della manovra per il rièquilibrio finanziario per gli anni 1995 e 1996.

Le spese in conto capitale trovano copertura nelle previsioni della legge finanziaria che per gli anni 1993, 1994 e 1995 ammontano rispettivamente a mld 300, 990 e 990; risulta altresì disponibile per le finalità individuate dall' art. 20 della legge 67/88 l' intero stanziamento del primo triennio secondo le previsioni della legge di bilancio che recano lo stanziamento relativo agli oneri per l' ammortamento dei mutui, nel capitolo 7855 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro.

94A4568

FRANCESCO NIGRO, *direttore*

FRANCESCO NOCITA, *redattore*
ALFONSO ANDRIANI, *vice redattore*

(6651417) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO

LIBRERIE DEPOSITARIE PRESSO LE QUALI È IN VENDITA LA GAZZETTA UFFICIALE

ABRUZZO

◇ **L'AQUILA**
LIBRERIA LA LUNA DI FREEBOOK
Viale Persichetti, 9/A

◇ **CHIETI**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via A Herio, 21

◇ **LANCIANO**
LITOLIBROCARTA
Via Renzetti, 8/10/12

◇ **PESCARA**
COSTANTINI DIDATTICA
Corso V Emanuele, 146

BASILICATA

◇ **POTENZA**
LIBRERIA PAGGI ROSA
Via Pretoria

CALABRIA

◇ **CATANZARO**
LIBRERIA NISTICÒ
Via M Greco, 99

◇ **COSENZA**
LIBRERIA DOMUS
Via Monte Santo, 51/53

CAMPANIA

◇ **ANGRI (Salerno)**
CARTOLIBRERIA AMATO ANTONIO
Via dei Goti, 4

◇ **AVELLINO**
LIBRERIA GUIDA 3 S r l
Via Vasto, 15

◇ **BENEVENTO**
LIBRERIA LA GIUDIZIARIA
Via F Paga, 11
LIBRERIA MASONE NICOLA
Viale dei Rettori, 71

◇ **CASERTA**
LIBRERIA GUIDA 3 S R L
Via Caduti sul Lavoro, 29/33

◇ **ISCHIA PORTO**
LIBRERIA GUIDA 3 S R L
Via Sogliuzzo

◇ **NAPOLI**
L'ATENEO di Dario Pironti & C
Viale Augusto, 168/170
LIBRERIA GUIDA 1 S R L
Via Portalba, 20/23
LIBRERIA GUIDA 2 S R L
Via Merliani, 118
LIBRERIA LEGISLATIVA MAJOLO
Via Caravita, 30
LIBRERIA TRAMA G
Piazza Cavour, 75

◇ **SALERNO**
LIBRERIA GUIDA S R L
Corso Garibaldi, 142

EMILIA-ROMAGNA

◇ **BOLOGNA**
LIBRERIA GIURIDICA CERUTI
Piazza Tribunali, 5/F
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Castiglione, 1/C

◇ **CARPI**
LIBRERIA R & G BULGARELLI
Corso S Cabassi, 15

◇ **CESENA**
LIBRERIA BETTINI
Via Vescovado, 5

◇ **FORLÌ**
LIBRERIA MODERNA
Corso A Diaz, 2/F

◇ **MODENA**
LIBRERIA LA GOLIARDICA
Via Emilia Centro, 210

◇ **PIACENZA**
NUOVA TIPOGRAFIA DEL MAINO
Via IV Novembre, 160

◇ **REGGIO EMILIA**
LIBRERIA MODERNA
Via Farini, 1/M

◇ **RIMINI (Forlì)**
LIBRERIA DEL PROFESSIONISTA
Via XXII Giugno, 3

FRIULI-VENEZIA GIULIA

◇ **PORDENONE**
LIBRERIA MINERVA
Piazza XX Settembre, 22/A

◇ **TRIESTE**
LIBRERIA EDIZIONI LINT TRIESTE S r l
Via Romagna, 30

LAZIO

◇ **LATINA**
LIBRERIA GIURIDICA LA FORENSE
Via dello Statuto, 28/30

◇ **RIETI**
LIBRERIA LA CENTRALE
Piazza V Emanuele, 8

◇ **ROMA**
DE MIRANDA MARIA PIA
Viale G Cesare, 51/E-F-G
LIBRERIA GABRIELE MARIA GRAZIA
c/o Pretura Civile, piazzale Clodio
LIBRERIA IL TRITONE S R L
Via Tritone, 61/A

◇ **SORA (Frosinone)**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Via Abruzzo, 4

◇ **VITERBO**
LIBRERIA DE SANTIS MARIA
Via Venezia Giulia, 5
LIBRERIA "AR" di MASSI ROSSANA e C
Palazzo Uffici Finanziari
Località Pietrare

LIGURIA

◇ **CHIAVARI**
CARTOLERIA GIORGINI
Piazza N S dell'Orto, 37/38

◇ **GENOVA**
LIBRERIA GIURIDICA di M SERENA BALDARO e C
Via XII Ottobre, 172/R

◇ **LA SPEZIA**
CARTOLIBRERIA CENTRALE
Via Colli, 5

LOMBARDIA

◇ **BERGAMO**
LIBRERIA ANTICA E MODERNA A LORENZELLI
Viale Giovanni XXIII, 74

◇ **COMO**
LIBRERIA GIURIDICA BERNASCONI DECA S r l
Via Mentana, 15
NANI LIBRI E CARTE
Via Cairoli, 14

◇ **CREMONA**
LIBRERIA DEL CONVEGNO
Corso Campi, 72

◇ **GALLARATE**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Piazza Risorgimento, 10

◇ **LECCO**
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI
Corso Mart Liberazione, 100/A

◇ **MILANO**
LIBRERIA CONCESSIONARIA IPZS-CALABRESE
Galleria V Emanuele, 11-15

◇ **MONZA**
LIBRERIA DELL'ARENGARIO S R L
Via Mapelli, 4

◇ **MANTOVA**
LIBRERIA ADAMO DI PELLEGRINI
Corso Umberto I, 32

◇ **VARESE**
LIBRERIA PIROLA
Via Albuzzi, 8

MARCHE

◇ **ANCONA**
LIBRERIA FOGOLA
Piazza Cavour, 4/5/6

◇ **ASCOLI PICENO**
LIBRERIA PROSPERI
Largo Crivelli, 8

◇ **PESARO**
LIBRERIA PROFESSIONALE MARCHIGIANA
Via Mameli, 34

◇ **S. BENEDETTO DEL TRONTO**
LA BIBLIOFILA
Viale De Gasperi, 22

MOLISE

◇ **CAMPOBASSO**
CENTRO LIBRARIO MOLISANO
Viale Manzoni, 81/83
LIBRERIA GIURIDICA DI E M
Via Capriglione, 42-44

PIEMONTE

◇ **ALESSANDRIA**
LIBRERIA INT LE BERTOLOTTI
Corso Roma, 122
LIBRERIA INT LE BOFFI
Via dei Martiri, 31

◇ **ALBA (Cuneo)**
CASA EDITRICE ICAP
Via Vittorio Emanuele, 19

◇ **BIELLA (Vercelli)**
LIBRERIA GIOVANNACCI
Via Italia, 14

◇ **CUNEO**
CASA EDITRICE ICAP
Piazza dei Galimberti, 10

◇ **TORINO**
CASA EDITRICE ICAP
Via Monte di Pietà, 20

PUGLIA

◇ **ALTAMURA (Bari)**
LIBRERIA JOLLY CART
Corso V Emanuele, 16

◇ **BARI**
CARTOLIBRERIA QUINTILIANO
Via Arcidiacono Giovanni, 9
LIBRERIA PALOMAR
Via P Amedeo, 176/B

◇ **BRINDISI**
LIBRERIA CRISTINA PIAZZO
Piazza Vittoria, 4

◇ **CERIGNOLA**
VASCIAVEO ORGANIZZ COMMERC
Via Gubbio, 14

◇ **MOLFETTA (Bari)**
LIBRERIA IL GHIGNO
Via Campanella, 24

SARDEGNA

◇ **CAGLIARI**
LIBRERIA F LLI DESSÌ DI MARIO
Corso V Emanuele, 30/32

◇ **ORISTANO**
LIBRERIA MARIO CANU
Corso Umberto I, 19

◇ **SASSARI**
LIBRERIA AKA
Via Mazzini, 2/E
LIBRERIA MESSAGGERIE SARDE
Via Roma, 137

SICILIA

◇ **ACIREALE**
CARTOLIBRERIA BONANNO MAURO
Via Vitt Emanuele, 194

◇ **CATANIA**
LIBRERIA LA PAGLIA
Via Etnea, 393
LIBRERIA S G C
Via F Riso, 56

◇ **GIARRE**
LIBRERIA LA SENORITA
Corso Italia, 132/134

◇ **MESSINA**
LIBRERIA PIROLA MESSINA
Corso Cavour, 55

◇ **PALERMO**
CARTOLIBRERIA EUROPA
Via Sciuti, 66
CICALA INGUAGGIATO G
Via Villaermosa, 28
LIBRERIA FORENSE
Via Maqueda, 185
LIBRERIA S F FLACCOVIO
Piazza V E Orlando, 15/19
LIBRERIA S F FLACCOVIO
Via Ruggero Settimo, 37

◇ **TRAPANI**
LIBRERIA LO BUE GIUSEPPE
Via Cascio Cortese, 8

TOSCANA

◇ **FIRENZE**
LIBRERIA ALFANI EDITRICE
Via Alfani, 84/86 R
LIBRERIA MARZOCCO DELLA G P L
Via de' Martelli, 22 R
LIBRERIA PIROLA già ETRURIA
Via Cavour, 46 R

◇ **GROSSETO**
LIBRERIA SIGNORELLI
Corso Carducci, 9

◇ **LIVORNO**
LIBRERIA AMEDEO NUOVA
Corso Amedeo, 23/27
LIBRERIA PIROLA MAGGIOLI IL PENTAFOGLIO
Via Fiorenza, 4/B

◇ **MASSA**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via S Pietro, 1

◇ **PISA**
LIBRERIA VALLERINI ANDREA
Via dei Mille, 13

◇ **PRATO**
LIBRERIA CARTOLERIA GORI
Via Ricasoli, 25

◇ **VIAREGGIO**
LIBRERIA IL MAGGIOLINO
Via Puccini, 38

TRENTINO-ALTO ADIGE

◇ **TRENTO**
LIBRERIA DISERTORI
Via Diaz, 11

UMBRIA

◇ **FOLIGNO (Perugia)**
LIBRERIA LUNA di VERRI e BIBI
Via Gramsci, 41

◇ **TERNI**
LIBRERIA ALTEROCCA
Corso Tacito, 29

VENETO

◇ **CONEGLIANO**
LIBRERIA CARTOLERIA CANOVA
Corso Mazzini, 7

◇ **PADOVA**
IL LIBRACCIO
Via Portello, 42

◇ **ROVIGO**
CARTOLIBR PAVANELLO CARLO
Piazza V Emanuele, 2

◇ **TREVISO**
CANOVA SOCIETÀ CARTOLIBRERIA EDITRICE A R L
Via Calmaggiore, 31
LIBRERIA BELLUCCI BENITO
Viale Monfenera, 22/A

◇ **VERONA**
LIBRERIA L E G I S
Via Adigetto, 43

MODALITÀ PER LA VENDITA

La «Gazzetta Ufficiale» e tutte le altre pubblicazioni ufficiali sono in vendita al pubblico:

- **presso l'Agenzia dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in ROMA, piazza G. Verdi, 10;**
- **presso le Concessionarie speciali di:**
  BARI, Libreria Laterza S.p.a., via Sparano, 134 - BOLOGNA, Libreria Ceruti, piazza dei Tribunali, 5/F - FIRENZE, Libreria Pirola (Etruria S.a.s.), via Cavour, 46/r - GENOVA, Libreria Baldaro, via XII Ottobre, 172/r - MILANO, Libreria concessionaria «Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato» S.r.l., Galleria Vittorio Emanuele, 3 - NAPOLI, Libreria Italiana, via Chiaia, 5 - PALERMO, Libreria Flaccovio SF, via Ruggero Settimo, 37 - ROMA, Libreria Il Tritone, via del Tritone, 61/A - TORINO, Cartiere Miliani Fabriano - S.p.a., via Cavour, 17;
- **presso le Librerie depositarie indicate nella pagina precedente.**

Le richieste per corrispondenza devono essere inviate all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Direzione Marketing e Commerciale - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 Roma, versando l'importo, maggiorato delle spese di spedizione, a mezzo del c/c postale n. 387001. Le inserzioni, come da norme riportate nella testata della parte seconda, si ricevono in Roma (Ufficio inserzioni - Piazza G. Verdi, 10). Le suddette librerie concessionarie speciali possono accettare solamente gli avvisi consegnati a mano e accompagnati dal relativo importo.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 1994

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre 1994
i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno 1994 e dal 1° luglio al 31 dicembre 1994

ALLA PARTE PRIMA - LEGISLATIVA

Ogni tipo di abbonamento comprende gli indici mensili

Tipo A - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari

- annuale	L.	357.000
- semestrale	L.	195.500

Tipo B - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte costituzionale

- annuale	L.	65.500
- semestrale	L.	46.000

Tipo C - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti delle Comunità europee:

- annuale	L.	200.000
- semestrale	L.	109.000

Tipo D - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata alle leggi ed ai regolamenti regionali:

- annuale	L.	65.000
- semestrale	L.	45.500

Tipo E - Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:

- annuale	L.	199.500
- semestrale	L.	108.500

Tipo F - Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:

- annuale	L.	687.000
- semestrale	L.	379.000

Integrando il versamento relativo al tipo di abbonamento della Gazzetta Ufficiale, *parte prima, prescelto con la somma di* **L. 98.000**, *si avrà diritto a ricevere l'Indice repertorio annuale cronologico per materie 1994.*

Prezzo di vendita di un fascicolo della *serie generale*	L.	1.300
Prezzo di vendita di un fascicolo delle *serie speciali I, II e III*, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.300
Prezzo di vendita di un fascicolo della *IV serie speciale «Concorsi ed esami»*	L.	2.550
Prezzo di vendita di un fascicolo *indici mensili*, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.300
Supplementi ordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.400
Supplementi straordinari per la vendita a fascicoli separati, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.400

Supplemento straordinario «Bollettino delle estrazioni»

Abbonamento annuale	L.	124.000
Prezzo di vendita di un fascicolo ogni 16 pagine o frazione	L.	1.400

Supplemento straordinario «Conto riassuntivo del Tesoro»

Abbonamento annuale	L.	81.000
Prezzo di vendita di un fascicolo	L.	7.350

Gazzetta Ufficiale su MICROFICHES - 1994
(Serie generale - Supplementi ordinari - Serie speciali)

Abbonamento annuo mediante 52 spedizioni settimanali raccomandate	L.	1.300.000
Vendita singola: per ogni microfiches fino a 96 pagine cadauna	L.	1.500
per ogni 96 pagine successive	L.	1.500
Spese per imballaggio e spedizione raccomandata	L.	4.000

N.B. — Le microfiches sono disponibili dal 1° gennaio 1983. — Per l'estero i suddetti prezzi sono aumentati del 30%

ALLA PARTE SECONDA - INSERZIONI

Abbonamento annuale	L.	336.000
Abbonamento semestrale	L.	205.000
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione	L.	1.450

I prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, per l'estero, nonché quelli di vendita dei fascicoli delle annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, sono raddoppiati.

L'importo degli abbonamenti deve essere versato sul c/c postale n. 387001 intestato all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. L'invio dei fascicoli disguidati, che devono essere richiesti all'Amministrazione entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione di una fascetta del relativo abbonamento.

Per informazioni o prenotazioni rivolgersi all'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Piazza G. Verdi, 10 - 00100 ROMA
abbonamenti ☎ (06) 85082149/85082221 - vendita pubblicazioni ☎ (06) 85082150/85082276 - inserzioni ☎ (06) 85082145/85082189

L. 7.000